

2006



Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia | 83

# **Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia?**

Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailu-  
tutkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004

Toimittaneet Eino Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia-Leena Salo ja Timo Suutama



# Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2006

*Toimittaneet*

*Eino Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia-Leena Salo  
ja Timo Suutama*

## ***Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia?***

*Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailu-  
tutkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004*

*Summary*

## ***Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing?***

*Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project  
in 1988, 1996 and 2004*

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 951-669-719-4 (nid.)  
ISBN 951-669-720-8 (pdf)  
ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy  
Vammala 2006

## Tiivistelmä

Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. **Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006. 278 s. ISBN 951-669-719-4 (nid.), 951-669-720-8 (pdf).

Julkaisu koostuu erillisartikkeleista, joissa kuvataan perustulokset Ikivihreät-projektin 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten kohorttiventailututkimuksesta. Tutkimuksen aineistot on koottu tutkittavien kotona vuosina 1988, 1996 ja 2004 tehdyin haastatteluin. Vuonna 1988 tutkittavien joukon muodostivat vuosina 1914–1923 syntyneiden 800 henkilön satunnaisotoksen 65–69-vuotiaat (1919–1923 syntyneet; n = 451). Heistä haastateltiin 362 henkilöä (81 % tavoitettavissa olleista). Vuosina 1996 ja 2004 perusjoukkoina olivat vuosina 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneet jyväskyläläiset, joista tutkimukseen valittiin 403 ja 400 henkilöä. Vuonna 1996 heistä haastateltiin 320 henkilöä (80 %) ja vuonna 2004 292 henkilöä (73 %). Artikkeleissa tarkastellaan haastateltujen toimintakykyä ja terveyttä, elinoloja ja elämäntapaa sekä palvelujen käyttöä. Yhteenvedossa kuvataan aihealueittain tärkeimmät havainnot ja esitetään niihin liittyviä päätelmiä.

**Avainsanat:** 65–69-vuotiaat henkilöt, ikääntyvät ihmiset, kohorttiventailututkimus, toimintakyky, terveys, elinolot, elämäntapa, palvelujen käyttö

## Sammandrag

Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. **År 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006. 278 s. ISBN 951-669-719-4 (inh.), 951-669-720-8 (pdf).

Denna rapport består av fristående artiklar, i vilka de centrala resultaten av kohortundersökningarna av 65–69 åriga män och kvinnor inom Evergreen-projektet beskrivs.

Undersökningsmaterialen har samlats in genom intervjuer hemma hos de undersökta 1988, 1996 och 2004. År 1988 omfattade undersökningsgruppen ett slumpmässigt sampel på 800 personer i åldern 65–69 år, födda 1914–1923 (personer födda 1919–1923, n = 451). Av dem intervjuades 362 personer (81 % av dem man kunde ha fått kontakt med). 1996 och 2004 omfattade undersökningsgruppen jyväs kyläbör födda 1927–1931 och 1935–1939, av vilka 403 respektive 400 personer valdes ut för undersökningen. Av dem intervjuades 320 personer (80 %) 1996 och 292 personer (73 %) 2004. I föreliggande artiklar beskrivs de intervjuades funktionsförmåga och hälsa, levnadsförhållanden och livsstil samt i vilken utsträckning de anlitat social- och hälsovårdstjänster. I den sammanfattande artikeln beskrivs de viktigaste resultaten av undersökningen samt framförs slutsatser som man kan dra av dessa.

**Nyckelord:** 65–69-åriga personer, åldrande människor, kohortundersökning, funktionsförmåga, hälsa, levnadsförhållanden, livsstil, anlitade av service

## Abstract

Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. **Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006. 278 pp. ISBN 951-669-719-4 (print), 951-669-720-8 (pdf).

The report is a compilation of articles describing the main results of the Evergreen project's cohort comparisons of men and women aged 65–69. The data for these studies were collected in interviews conducted at the respondents' homes in 1988, 1996 and 2004. In 1988, the population comprised a random sample of 800 people aged 65–69, who were born in 1914–1923 (persons born in 1919–1923:  $n = 451$ ). Interviews were conducted with 362 of these people (81% of the eligible population). In 1996 and 2004, the populations consisted of residents of the city of Jyväskylä born in 1927–1931 and 1935–1939, with 403 and 400 randomly sampled, respectively. In the sample populations, interviews were conducted with 320 persons (80%) in 1996 and 292 persons (73%) in 2004. A summary article highlights the most important findings of the study and lists its main conclusions. – Summary pp. 215–220.

**Key words:** 65–69-year-olds, older people, cohort comparison study, functional capacity, health, living conditions, way of life, use of services

## ALKUSANAT

Tämä raportti on jatkoa vuonna 1999 julkaistulle tutkimukselle *Kohorttierot 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa* (Toim. E. Heikkinen, P. Lampinen ja T. Suutama. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, Helsinki 1999). Tutkimus oli osa Ikivihreät-projektia, ja siinä verrattiin toisiinsa vuosina 1919–1923 ja 1927–1931 syntyneitä, haastatteluhetkellä 65–69-vuotiaita ja kotonaan asuneita jyväskyläläisiä. Kehitys oli myönteistä. Koska kohorttien syntymäaikojen väli oli vain 8 vuotta, ei kovin merkittäviä eroja voitukaan odottaa, mutta toisaalta voitiin olettaa, että kehitys jatkuu. Siksi tutkimus päätettiin toistaa 16 vuoden kuluttua ensimmäisestä tutkimuksesta eli vuonna 2004 uuden 65–69-vuotiaan jyväskyläläiskohortin keskuudessa, jotta saataisiin lisävalaistusta mahdollisista kehityssuunnista ja niiden voimakkuudesta elämän useilla ulottuvuuksilla äskettäin eläkeikään ehtineillä miehillä ja naisilla. Aihe on erityisen ajankohtainen: väestö ikääntyy nopeasti ja ns. suuret ikäluokat siirtyvät lähivuosina eläkkeelle.

Tutkimuksen keskeiset aihealueet olivat sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot, terveys ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen, mieliala, sosiaaliset suhteet, harrastustoiminnot, liikunnan harrastaminen, tiedonkäsittelytoiminnot, ikäidentifikaatio, elämän tarkoituksellisuus sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö. Tehtävään koulutetut yliopisto-opiskelijat kokosivat tutkimusaineiston tutkittavien kotona käyttäen strukturoituja haastattelu-, kysely- ja testilomakkeita, joiden osiot olivat samat kaikilla kolmella tutkimuskerralla.

Tutkimukseen valitut henkilöt ovat kiitettävällä tavalla osallistuneet tutkimuksen toteuttamiseen niin, että tuloksia voidaan yleistää kyseisen ikäryhmän jyväskyläläisiin henkilöihin ja todennäköisesti laajemminkin vastaavanikäisiin kaupunkiväestöihin.

Ikivihreät-projekti suunniteltiin alun perin Jyväskylän yliopiston ja kaupungin yhteistyönä. Projektin eri osien ja vaiheiden tuloksia on pyritty hyödyntämään, kun on kehitetty ja kokeiltu toimenpiteitä eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi ja aktiivisen elämäntavan edistämiseksi. Projektiin sisältyvät pitkittäistutkimukset yhdessä tässä raportissa esillä olevien kohorttivertailututkimusten kanssa

antavat monipuolisen kuvan sekä iäkkään väestön vanhenemisprosesseista että kohorttieroista ja niiden taustalla olevista tekijöistä.

Jyväskylän yliopistosta Ikivihreät-projektiin ovat osallistuneet etenkin terveystieteiden ja psykologian laitokset sekä Suomen gerontologian tutkimuskeskus ja sen monet yhteistyökumppanit. Tutkimusohjelmaa ovat sen eri vaiheissa rahoittaneet Suomen Akatemia, Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysministeriö, opetusministeriö ja Eläketurvakeskus. Taloudellista tukea on lisäksi saatu Jyväskylän yliopistolta ja Jyväskylän kaupungilta. Tämän raportin aineisto koottiin Kansaneläkelaitokselta saadulla tuella.

Aineiston kokoamiseen ja analysointiin sekä tiedostojen ja raporttien laadintaan on tarvittu hyvin monen henkilön työpanos. Ikivihreät-projektin tutkimusryhmän puolesta esitämme lämpimät kiitokset kaikille niille henkilöille ja tahoille, jotka ovat osallistuneet tutkimusohjelman toteuttamiseen ja tukemiseen. Lisätietoja Ikivihreät-projektista on löydettävissä Internet-osoitteessa [www.jyu.fi/sgt](http://www.jyu.fi/sgt).

*Jyväskylässä lokakuussa 2006*

*Toimittajat*



## SISÄLTÖ

<b>Kirjoittajat .....</b>	<b>10</b>
<b>Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analysointimenetelmät Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksessa vuosilta 1988, 1996 ja 2004</b> Markku Kauppinen ja Pia-Leena Salo .....	<b>13</b>
<b>Sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Nina Rautio ja Päivi Lampinen .....	<b>25</b>
<b>Terveystilanta ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Raija Leinonen, Velipekka Suominen, Ritva Sakari-Rantala, Pia Laukkanen ja Eino Heikkinen .....	<b>43</b>
<b>Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Terttu Parkatti, Mikaela von Bonsdorff, Sirkka Karhula ja Jarmo Koski .....	<b>67</b>
<b>Mieliala 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Riitta-Liisa Heikkinen ja Markku Kauppinen .....	<b>85</b>
<b>Sosiaaliset suhteet ja niiden toimivuus 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Tiina-Mari Lyyra, Anna-Liisa Lyyra ja Pirjo Tiikkainen .....	<b>101</b>
<b>Harrastustoiminnot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Tiina-Mari Lyyra ja Anna-Liisa Lyyra .....	<b>119</b>
<b>Liikunnan harrastaminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Mirja Hirvensalo, Päivi Mäkilä, Terttu Parkatti, Sirkka Kannas, Pirjo Huovinen, Marja-Leena Oinonen, Päivi Lampinen ja Marja Äijö .....	<b>133</b>
<b>Kognitiiviset toiminnot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004</b> Timo Suutama ja Isto Ruoppila .....	<b>151</b>

**Ikäidentifikaatio 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina  
1988, 1996 ja 2004**

Virpi Uotinen ja Isto Ruoppila ..... 173

**Elämän tarkoituksellisuus 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä  
vuosina 1988, 1996 ja 2004**

Timo Suutama ..... 187

**Yhteenveto/Summary**

Eino Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia-Leena Salo  
ja Timo Suutama ..... 207

**LIITTEET:** Ikivihreät-projektin kohorttivotailututkimuksen lomakkeet  
vuodelta 2004

Liite 1. Peruslomake .....	223
Liite 2. Terveys- ja sosiaalipalvelut .....	253
Liite 3. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen .....	262
Liite 4. Oirekysely .....	268
Liite 5. Tunteita ja tuntemuksia elämästä .....	274
Liite 6. Katoanalyysi .....	276

## KIRJOITTAJAT

**Mikaela von Bonsdorff**, TtM, tutkimuskoordinaattori  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
mikaela.bonsdorff@sport.jyu.fi

**Eino Heikkinen**, LKT, LitM, professori emeritus  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
eino.heikkinen@sport.jyu.fi

**Riitta-Liisa Heikkinen**, FT, dosentti  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
riitta-liisa.heikkinen@sport.jyu.fi

**Mirja Hirvensalo**, LitT, lehtori  
Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteiden laitos  
mirja.hirvensalo@sport.jyu.fi

**Pirjo Huovinen**, LitM, erityisliikunnan opettaja  
Jyväskylän kaupunki, Liikuntapalvelukeskus  
pirjo.huovinen@jkl.fi

**Markku Kauppinen**, YTK, tutkija  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
markku.kauppinen@sport.jyu.fi

**Sirkka Kannas**, LitM, liikuntasuunnittelija  
Jyväskylän kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvelukeskus  
sirkka.kannas@jkl.fi

**Sirkka Karhula**, sosionomi, vs. tulosaluejohtaja  
Jyväskylän kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvelukeskus  
sirkka.karhula@jkl.fi

**Jarmo Koski**, LT, vastaava ylilääkäri  
Jyväskylän kaupunki, Sosiaali- ja terveystalvelukeskus  
jarmo.koski@jkl.fi

**Päivi Lampinen**, TtT, yliopistonopettaja  
Jyväskylän avoin yliopisto  
paivi.lampinen@avoin.jyu.fi

**Pia Laukkanen**, LT, ylilääkäri  
Keski-Suomen Sairaskotisäätiö, Sotainvalidien Sairaskoti,  
Jyväskylä  
pia.laukkanen@keski-suomensairaskotisaatio.fi

**Raija Leinonen**, TtT, erikoistutkija  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
raija.leinonen@gerocenter.fi

**Anna-Liisa Lyyra**, YTL, suunnittelija  
Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos  
anna-liisa.lyyra@psyka.jyu.fi

**Tiina-Mari Lyyra**, TtM, assistentti  
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos  
tiina-mari.lyyra@sport.jyu.fi

**Päivi Mäkilä**, LitM, lehtori  
Turun ammattikorkeakoulu  
paivi.makila@turkuamk.fi

**Marja-Leena Oinonen**, LitM, liikuntamarkkinointisihteeri  
Jyväskylän kaupunki, Liikuntapalvelukeskus  
marja-leena.oinonen@jkl.fi

**Terttu Parkatti**, LitT, dosentti, lehtori  
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos  
terttu.parkatti@sport.jyu.fi

**Nina Rautio**, TtM, tutkija  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
nina.rautio@ouka.fi

**Isto Ruoppila**, KT, professori emeritus  
Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos  
isto.ruoppila@psyka.jyu.fi

**Ritva Sakari-Rantala**, THK, assistentti  
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos  
sakari@sport.jyu.fi

**Pia-Leena Salo**, TtM, tutkimuskoordinaattori  
Jyväskylän yliopisto, Suomen gerontologian tutkimuskeskus  
pia-leena.salo@kotikone.fi

**Velipekka Suominen, LL**, osastonylilääkäri  
Keski-Suomen keskussairaala  
velipekka.suominen@ksshp.fi

**Timo Suutama, FT**, dosentti, yliassistentti  
Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos  
timo.suutama@psyka.jyu.fi

**Pirjo Tiikkainen, TtM**, lehtori  
Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
pirjo.tiikkainen@jypoly.fi

**Virpi Uotinen, PsT**, yliopistonopettaja  
Jyväskylän avoin yliopisto  
virpi.uotinen@avoin.jyu.fi

**Marja Äijö, TtL**, yliopistonopettaja  
Jyväskylän avoin yliopisto  
marja.aijo@avoin.jyu.fi

*Markku Kauppinen ja Pia-Leena Salo*

**TUTKIMUSASETELMA, AINEISTO JA TILASTOLLISET  
ANALYSOINTIMENETELMÄT IKIVIHREÄT-PROJEKTIN  
KOHORTTIVERTAILUTUTKIMUKSESSA VUOSILTA  
1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	15
SAMMANDRAG .....	16
ABSTRACT .....	17
1 TUTKIMUSASETELMA JA OTOKSET .....	18
2 AINEISTON KERUU .....	19
3 KATOANALYYSIT TUTKIMUSVUOSITTAIN .....	20
4 AINEISTON EDUSTAVUUSTARKASTELUT .....	21
5 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET .....	23
6 TILASTOLLISET ANALYSOINTIMENETELMÄT .....	23
KIRJALLISUUS .....	24

## Tiivistelmä

Kauppinen M, Salo P-L. **Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analysointimenetelmät Ikivihreät-projektin kohorttivotailututkimuksessa vuosilta 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivotailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 15–24.

Tässä artikkelissa kuvataan Ikivihreät-projektin 65–69-vuotiaiden kohorttitutkimuksen tutkimusasetelma ja otanta, aineiston keruu, aineiston edustavuustarkastelut, tutkimuksen eettiset kysymykset ja katoanalyysi kolmena eri tutkimusajankohtana eli vuosina 1988, 1996 ja 2004. Otokseen valittujen mutta varsinaisesta tutkimuksesta eri syistä pois jääneiden osuudet raportoidaan ja katotiedot antaneita verrataan tutkimukseen osallistuneisiin kussakin tutkimuksen kolmessa vaiheessa. Katotiedot antaneiden koettua terveydentilaa verrataan tutkimukseen osallistuneiden kokemaan terveydentilaan. Kunkin tutkimuskerran aineiston edustavuutta tarkastellaan vertaamalla tutkimukseen osallistuneiden sukupuolijakaumia koko Suomen ja Jyväskylän sukupuolijakaumiin. Kaikkien tämän raportin artikkeleiden tilastolliset analysointimenetelmät kuvataan.

**Avainsanat:** tutkimusasetelma, otanta, edustavuus, katoanalyysi, kohorttivotailututkimus, tilastomenetelmät



## Sammandrag

Kauppinen M, Salo P-L. **Studiedesign, material och statistiska analysmetoder i Evergreen-projektets kohortjämförelser 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 15–24.

I denna artikel beskrivs studiedesignen och urvalet, insamlingen av material och materialets representativitet, etiska frågor i anslutning till studien samt bortfallsanalysen vid tre tidpunkter, dvs. 1988, 1996 och 2004. Andelen personer som valdes ut för undersökningen, men som av olika orsaker inte deltog i den egentliga undersökningen rapporteras och de som lämnade uppgifter för bortfallsanalysen jämförs i alla tre faser med dem som deltog i undersökningen. Det rapporterade subjektiva hälsotillståndet hos dem som föll bort ur undersökningen jämförs med dem som deltog. Materialets representativitet granskas vid varje undersökningstillfälle genom jämförelse av könsfördelningen hos dem som deltog i studien med könsfördelningen i hela Finland och Jyväskylä. Statistiska analysmetoder beskrivs för alla artiklar i föreliggande rapport.

**Nyckelord:** studiedesign, urval, representativitet, bortfallsanalys, kohortundersökning, statistiska metoder

## Abstract

Kauppinen M, Salo P-L. **Study design, data and statistical methods of the cohort comparison study conducted in 1988, 1996 and 2004 by the Evergreen project.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 15–24.

This article presents the study design, sampling technique, sample sizes, data collection, response rates and data representativeness, ethical questions and loss analyses of the Evergreen study. The data were collected on three separate occasions: first in 1988 and then in 1996 and 2004. The percentage of subjects who were chosen for the study but did not participate are reported as well. Loss analyses were done for all three cohort studies. The self-rated health of subjects who only gave loss information is compared to the self-rated health of subjects who participated in the study. The representativeness of the data is evaluated by comparing the subjects' sex distribution with the sex distributions in Finland as a whole and in the city of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004. The statistical methods used in data analysis are presented here collectively for each of the articles contained in this report.

**Key words:** study design, sampling, representativeness, loss analyses, cohort comparison study, statistical methods

## 1 TUTKIMUSASETELMA JA OTOKSET

Tämän kohorttitutkimuksen kohdejoukkona olivat 65–69-vuotiaat jyvaskyläläiset. Heitä haastateltiin kolmena eri ajankohtana: vuosina 1988 ja 1996 sekä vuodenvaihteen 2004–2005 molemmin puolin. Jatkossa tässä raportissa käytetään vuosilukua 2004 tarkoittamaan kohorttiverailututkimuksen kolmatta vaihetta. Tutkimukset tehtiin noin kahdeksan vuoden välein.

Vuoden 1988 aineisto eristettiin laajemmasta vuosina 1904–1923 syntyneiden tutkimuksesta valitsemalla vuosina 1919–1923 syntyneet mukaan tutkimukseen. Perusjoukon muodostivat 1.2.1988 kotonaan asuneet jyvaskyläläiset henkilöt. Otoksen koko oli 451 henkilöä. Laitoksissa asuneet henkilöt ( $n = 3$ ) rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Otokseen osuneista 72 henkilöä kieltäytyi, 11 jäi tavoittamatta ja kolme kuoli ennen haastatteluiden suorittamista. Haastattelut saatiin tehdyksi 362 henkilölle, joista miehiä oli 142 ja naisia 220. Koko otoksesta laskettu haastatteluprosentti oli 80,3 (Kauppinen ja Tyrkkö 1999).

Tutkimuksen toinen vaihe tehtiin vuonna 1996, jolloin perusjoukon muodostivat 65–69-vuotiaat 1.2.1996 kotonaan asuneet jyvaskyläläiset henkilöt. Kyseeseen tulivat siis vuosina 1927–1931 syntyneet henkilöt. Jyvaskylän kaupungilta saatiin 403 henkilön satunnaisotos perusjoukosta. Näistä kaksi henkilöä asui laitoksessa haastatteluiden käynnistyessä. Heidät rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Otokseen osuneista 71 henkilöä kieltäytyi haastatteluista ja 10 jäi tavoittamatta. Haastatteluun suostui 320 henkilöä, 132 miestä ja 188 naista. Otoksesta lasketuksi haastatteluprosentiksi muodostui 79,4 (Kauppinen ja Tyrkkö 1999).

Tutkimuksen kolmas vaihe toteutettiin vuodenvaihteessa 2004–2005. Tällöin perusjoukon muodostivat 65–69-vuotiaat 4.10.2004 kotonaan asuneet jyvaskyläläiset henkilöt. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat syntyneet vuosina 1935–1939. Jyvaskylän kaupungilta saatiin 400 henkilön satunnaisotos perusjoukosta. Otoksesta haastateltiin 173 naista ja 119 miestä, yhteensä 292 henkilöä, jolloin haastatteluprosentti oli 73,2. Haastattelusta kieltäytyi 97 henkilöä ja viisi henkilöä jäi tavoittamatta. Kieltäytyneistä 71 antoi kuitenkin ainakin joitakin katotietoja, eli otokseen jäi 26 sellaista henkilöä, joilta ei saatu edes katotietoja. Taulukossa 1 on yhteenveto tutkimukseen osallistumisesta eri tutkimusajankohtina.

**Taulukko 1.** 65–69-vuotiaiden osallistuminen kohorttitutkimukseen.

Tutkimukseen osallistuminen	1988			1996			2004		
	Miehet	Naiset	Yht.	Miehet	Naiset	Yht.	Miehet	Naiset	Yht.
Otos <sup>a</sup>	168	283	451	173	230	403	159	241	400
Kato	26	63	89	41	42	83	40	68	108
– asui laitoksessa	0	3	3	1	1	1	1	0	1
– kuoli ennen haastattelua	1	2	3	0	0	0	0	0	0
– ei tavoitettu	3	8	11	5	5	10	3	2	5
– kieltäytyi	22	50	72	35	36	71	35	62	97
– – antoi katotiedot	22	50	72	20	25	45	26	45	71
– ei voitu haastatella <sup>b</sup>	0	0	0	0	0	0	1	4	5
– olivat tavoitettavissa	167	278	445	172	229	401	158	241	399
– haastateltiin	142	220	362	132	188	320	119	173	292
Haastatteluprosentti	85,0	79,1	81,3	76,7	82,1	79,8	75,3	71,8	73,2

<sup>a</sup> Vuoden 1988 otos on saatu poimimalla vuosina 1919–1923 syntyneet Ikivihreät-projektin kotihaastatteluaineistosta, jossa olivat edustettuina vuosina 1904–1923 syntyneet jväskyläläiset.

<sup>b</sup> Otoksessa oli yksi mies ja yksi nainen, jotka eivät puhuneet lainkaan suomea, sekä kaksi mielenterveysongelmista kärsivää naista, joita ei voitu haastatella. Lisäksi yksi nainen oli muuttanut paikkakunnalta.

## 2 AINEISTON KERUU

Haastattelijoille järjestettiin kolmen päivän mittainen koulutus, jossa perehdyttiin iäkkäiden ihmisten haastatteleminen erikoispiirteisiin sekä Ikivihreät-tutkimukseen. Haastattelijat olivat Jyväskylän yliopiston psykologian tai terveystieteiden naisopiskelijoita.

Tutkimusaineistot kerättiin pääosin henkilökohtaisin haastatteluin. Haastattelijat täyttivät lomakkeet lukuun ottamatta mielialan arvioinnissa käytettyä oirekyselyä ja koherenssikyselyä, jotka haastateltavat täyttivät itse. Pääosiltaan kysymykset toistettiin selaisenaan eri tutkimusajankohtina. Vuoden 1988 jälkeen ei toistettu asennekyselyä eikä myöskään haastateltavan antamaa palautetta. Koherenssikysely lisättiin vuonna 1996. Asumista koskevia kysymyksiä vähennettiin vuoden 1988 jälkeen ja ne yhdistettiin myöhemmissä tutkimusvaiheissa peruslomakkeella kysyttäviksi. Kysymysten kokonaismäärää supistettiin vuoden 1988 tutkimuksesta. Eniten poistettiin niitä kysymyksiä, jotka liittyivät asuntoon ja asuinympäristöön sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Joitakin uusia kysymyksiä lisättiin vuoden 1988 jälkeen. Ne koskivat mm. autoilua, erilaisten palveluiden käyttöä, harrastustoimintaa sekä terveyttä ja toimintakykyä (Kauppinen ja Tyrkkö 1999). Haastattelijan arvio haastateltavasta oli omana lomakkeenaan vuonna 1988, mutta se yhdistettiin myöhemmin peruslomakkeeseen.

Aikaisemmilla kerroilla (1988 ja 1996) liikuntakysely oli omana lomakkeenaan. Vuonna 2004 liikuntakyselyä pienennettiin noin 30 kysymyksellä ja jäljelle jääneet kysymykset siirrettiin peruslomakkeeseen. Vastaavasti peruskyselylomakkeen liikuntakysymyksiä vähennettiin 20 kysymyksellä. Peruslomakkeeseen lisättiin asunnon omistussuhdetta selvittävä kysymys.

### 3 KATOANALYYSIT TUTKIMUSVUOSITTAIN

Kaikilta tutkimuksesta kieltäytyneiltä henkilöiltä pyrittiin keräämään tietyt taustatiedot: ikä ja sukupuoli, siviilisäät, koulutus, ammatti, itsearvioitu terveydentila ja kieltäytymisen syy.

#### Vuonna 1988 tutkittu kohortti

Katotiedot saatiin kerätyksi 72 henkilöltä. Naiset kieltäytyivät miehiä herkemmin; kieltäytyneistä noin 70 % oli naisia (otoksessa naisia oli n. 60 %). Iän, koulutuksen ja siviilisäädyn suhteen kieltäytyneet eivät poikenneet tutkimukseen osallistuneista. Ylempiä toimihenkilöitä ja perheenemäntiä oli kieltäytyneiden ryhmässä suhteellisesti enemmän kuin osallistuneiden ryhmässä. Huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa kokeneiden osuus oli kieltäytyneiden ryhmässä 34 %, haastatteluihin osallistuneilla vajaa 20 %.

#### Vuonna 1996 tutkittu kohortti

Haastattelusta kieltäytyneiltä 45 henkilöltä saatiin katotietoja. Heistä vajaa puolet ei ilmoittanut erityistä syytä kieltäytymiseensä. Loput vetosivat useimmiten ajanpuutteen tai haluttomuuteen. Terveydellisistä syistä kieltäytyi vain yksi henkilö. Kieltäytyneiden ryhmässä oli miehiä ja naisia vastaavassa suhteessa kuin haastatteluihin osallistuneiden ryhmässä. Naimattomien suhteellinen osuus oli kieltäytyneiden ryhmässä kaksinkertainen verrattuna osallistuneiden ryhmään. Kieltäytyneistä 61 % koki terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi, kun vastaavasti haastatteluihin osallistuneista 40 % ilmoitti terveydentilansa olevan hyvän tai erittäin hyvän. Huonoksi tai erittäin huonoksi terveytensä arvioi sekä kato- että osallistuneiden ryhmässä noin 10 %. Koetun toimintakyvyn ilmoitti hyväksi tai erittäin hyväksi noin 60 % kieltäytyneistä. Osallistuneiden joukossa vastaava osuus oli 44 %. Toimintakyvyltään huonoja tai erittäin huonoja oli sekä kieltäytyneissä että osallistuneissa suhteellisesti saman verran eli noin 10 %.

#### Vuonna 2004 tutkittu kohortti

Katotiedot saatiin 71 henkilöltä: 26 mieheltä ja 45 naiselta. Sukupuolta, siviilisäätä tai pääasiallista asumismuotoa koskeva katoaineisto ei poikennut haastatteluihin osallis-

tuneiden vastaavista tiedoista. Katotiedot antaneista 35 % koki terveytensä vähintään hyväksi ja 11 % huonoksi tai erittäin huonoksi. Tutkimukseen osallistuneilla vastaavat luvut olivat 48 % ja 7 %.

Koettua toimintakykyä, kuuloa (puheen kuuleminen) ja näkökykyä (lehti- ja kirjatekstien näkeminen) koskeva katoaineisto ei poikennut osallistuneiden aineistosta. Suurimmat syyt osallistumattomuuteen olivat kiinnostuksen (44 %) ja ajan (21 %) puute. Huonon terveydentilan ilmoitti syyksi 7 henkilöä (9 %). Viisi henkilöä oli osallistunut muihin tutkimuksiin hiljattain, eivätkä he halunneet osallistua tähän. Kaksi henkilöä puhui äidinkielenään venäjää eikä ymmärtänyt suomen kieltä, joten heidät jätettiin tutkimuksesta pois. Lisäksi yksi henkilö oli muuttanut paikkakunnalta ennen haastatteluiden aloittamista ja kaksi kärsi sellaisista mielenterveysongelmista, ettei heitä voitu haastatella.

Vertailtaessa eri kohorttien koettua terveydentilaa voidaan havaita, että katotiedot antaneiden kokema terveydentila poikkesi epäjohdonmukaisesti tutkittavien kokemasta terveydentilasta. Ensimmäisessä ja kolmannessa kohortissa katotiedot antaneet henkilöt kokivat terveytensä huonommaksi kuin tutkimukseen osallistuneet. Toisessa kohortissa tilanne oli päinvastainen. Tämän perusteella ei voida olettaa, että huono terveydentila olisi merkittävässä roolissa tutkimuksesta kieltäytymisessä.

#### 4 AINEISTON EDUSTAVUUSTARKASTELUT

Tutkimusaineistojen sukupuolijakaumat vastasivat hyvin Jyväskylässä asuvien 65–69-vuotiaiden henkilöiden sukupuolijakaumaa tutkimusvuosien alussa. Kahdella ensimmäisellä tutkimuskerralla miehet olivat yliedustettuina noin 3 % ja vastaavasti naisia oli saman verran liian vähän. Kolmannella tutkimuskerralla miehet olivat aliedustettuina noin 3 % ja naiset saman verran yliedustettuina. Otanta onnistui hyvin, ja tutkimustulokset voidaan yleistää koskemaan koko Jyväskylän kaupungin kotonaan asunutta 65–69-vuotiasta väestöä kyseisinä vuosina. Tutkimusaineistojen heikkoutena voidaan kuitenkin pitää tutkittujen suhteellisen pientä määrää, joka korostui alaryhmäkohtaisissa analyyseissa. Pienten ryhmien väliset erot ovat saattaneet jäädä huomioimatta, koska ne eivät saavuttaneet tilastollista merkitsevyyttä. Tutkimuksen voima ei riittänyt kaikissa tapauksissa tuomaan esille kohorttien välisiä tilastollisia eroja, vaikka ryhmät näyttivät poikkeavan melko selkeästi toisistaan.

Jyväskylän kaupungin väestössä oli 65–69-vuotiaita miehiä vähemmän kuin koko maan kattavassa aineistossa kaikkina tutkimusvuosina (taulukko 2). Tutkimuksen kohteena oli kuitenkin jyväskyläläinen väestö, joten vertailu oli mielekkäämpää suorittaa Jyväskylän kaupungin väestöön (Kauppinen ja Tyrkkö 1999).

**Taulukko 2.** 65–69-vuotiaiden määrä koko Suomessa ja Jyväskylän kaupungissa sekä tutkimusaineistojen koko ja sukupuoliosuudet (%) eri ajankohtina.

Ajankohta	Koko Suomi n (miehiä %; naisia %)	Jyväskylä n (miehiä %; naisia %)	Tutkimusaineistot <sup>a</sup> n (miehiä %; naisia %)
31.12.1987	203 126 (39,7; 60,3)	2668 (36,1; 63,9)	362 (39,2; 60,8)
31.12.1995	235 870 (44,4; 55,6)	3031 (38,6; 61,4)	320 (41,3; 58,8)
31.12.2003	236 582 (46,5; 53,5)	3011 (44,1; 55,9)	292 (40,8; 59,2)

<sup>a</sup> Esitetyt ajankohdat eivät vastaa tutkimuksen suorittamisen ajankohtaa, vaan tutkimukset aloitettiin kyseisiä ajankohtia seuraavina vuosina.

Vuosina 1919–1923 Suomessa syntyi 392 876 ihmistä (miehiä 51,5 % ja naisia 48,5 %). Vuoden 1988 lopussa heitä oli elossa 209 574 (miehiä 40,1 % ja naisia 59,9 %). Jos oletetaan, että maasta- ja maahanmuutto ovat tässä kohortissa samansuuruisia, kumpikaan ei vaikuta lukuihin. 65–69-vuotiaaksi oli siten elänyt 53,3 % (miehistä 41,5 % ja naisista 65,9 %).

Vuosina 1927–1931 Suomessa syntyi 376 247 ihmistä (miehiä 51,5 % ja naisia 48,5 %). Vuoden 1996 lopussa väestössä oli heistä 236 340 (miehiä 44,8 % ja naisia 55,2 %). Elävien osuus koko kohortista on näin 62,8 %, miesten 54,7 % ja naisten 71,4 %.

Suomessa syntyi 366 015 henkilöä (miehiä 51,4 % ja naisia 48,6 %) vuosina 1935–1939. Vuoden 2004 lopussa Suomen väestössä oli 244 189 henkilöä (miehiä 46,6 % ja naisia 53,4 %), jotka olivat syntyneet vuosina 1935–1939. Elossa olleiden osuuksiksi vuoden 2004 lopussa saadaan koko kohortille 66,7 %, miehille 60,5 % ja naisille 73,3 %. Ulkomaille ja ulkomailta muuton vaikutus aiheuttaa siis epävarmuutta lukuihin, joskaan siirtolaisuuden vaikutus ei ole kyseisissä syntymäkohorteissa kuitenkaan kovin suuri. Kahdesta myöhäisemmästä syntymäkohortista on mahdollista tarkastella elossa olevien osuuksia pelkästään Suomessa syntyneistä ja edellä esitetyt prosenttiosuudet poikkeavat alle prosenttiyksikön näistä luvuista. Luvut saatiin Tilastokeskuksesta, missä ne on poimittu väestö- ja tasa-arvotilastoista.

Syntymäkohorttien välillä oli huomattavia eroja elossa olevien 65–69-vuotiaiden osuuksissa. Varhaisimman kohortin 53 %:n osuus kasvoi noin 10 %:lla verrattuna sitä seuraavaan kohorttiin ja noin 14 % verrattuna myöhäisimpään kohorttiin, josta elossa oli 67 %.

## 5 TUTKIMUKSEN EETTISET KYSYMYKSET

Tutkimus toteutettiin hyvää tutkimustapaa noudattaen (The European Agency for the Evaluation ... 2002). Tutkimus esiteltiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiselle toimikunnalle ja siltä saatiin puoltava lausunto tässä raportoitua tutkimusvaihetta varten 12.10.2004. Aikaisemmin tutkimukseen liittyvät eettiset asiat käsiteltiin Jyväskylän yliopiston eettisessä toimikunnassa.

Tutkimukseen osallistuville lähetettiin tutkimusinformaatio sekä erillinen suostumuslomake postitse kotiin. Tutkimusinformaatio sisälsi sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisen tietopaketin (Sosiaali- ja terveysministeriö, valtakunnallinen ... 2001). Tutkittavalla oli mahdollisuus saada lisätietoja tutkimuksesta, ennen kuin hän päätti, osallistuuko siihen. Osallistuminen oli vapaaehtoista, ja tutkittavalla oli mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Kun haastatteli meni tutkittavan kotiin haastattelua varten, hän selitti tälle suostumuslomakkeeseen ja tutkimukseen liittyvät asiat. Vasta kirjallisen suostumuksen saatuaan haastatteli aloitti varsinaisen haastattelun.

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tietojenkäsittelytapaa, ja siitä on laadittu henkilötietolain edellyttämä tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste. Tässä rekisterissä on määritelty henkilötietojen käsittelyn vastuut ja varmistettu suojaamisvelvoitteiden ja salassapitovelvoitteiden noudattaminen (Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus ... 2001).

Kerätty tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa. Aineistoa saavat käsitellä vain siihen nimetyt henkilöt, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille. Tutkittavien henkilötiedot eivät olleet tutkijoiden käytettävissä, vaan niitä käsiteltiin numerokoodattuina. Yksittäistä henkilöä ei siis voida tunnistaa tutkimustulosten perusteella. Ainoastaan tutkimuskoordinaattorilla oli käytännön syistä tiedossa tutkittavien henkilötiedot sekä niihin liittyvät tunnistenumerot. Tutkimusaineistoa analysoitiin ainoastaan suostumuslomakkeessa mainittujen käytäntöjen mukaisesti.

## 6 TILASTOLLISET ANALYSOINTIMENETELMÄT

Tässä tutkimuksessa keskityttiin selvittämään, poikkeavatko 65–69-vuotiaiden ikäkohortit toisistaan. Tarkastelut tehtiin pääosin sukupuolittain. Toisaalta tarkasteltiin sukupuolieroja eri tutkimusvuosina. Diskreettien muuttujien tapauksessa ryhmien välisiä eroja testattiin  $\chi^2$ -testillä ja tarvittaessa merkitsevyystaso estimoitii Monte Carlo-menetelmällä. Jatkuvien muuttujien tapauksessa kahden ryhmän välisiä eroja testattiin Studentin t-testillä ja useamman ryhmän yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja siihen liitettyillä parivertailutesteillä (LSD-testit). Mikäli muuttujien normaalijakaumaoletukset eivät täytyneet, käytettiin ei-parametrisia testejä, kahden ryhmän vertailussa Mannin ja Whitneyyn U-testiä ja useamman ryhmän tapauksessa Kruskalin ja Wallisin yksisuuntaista varianssianalyysia.



Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin korrelaatiokerrointen avulla. Summapistemäärien sisäistä yhtenevyyttä arvioitiin Cronbachin  $\alpha$ :n avulla. Analyysit tehtiin SPSS-ohjelmalla (SPSS for Windows 1999) ja kaikissa analyyseissä sovellettiin merkitsevyystasoa  $p < 0,05$ . Merkitsevät tulokset on esitetty kaikissa taulukoissa lihavoituina.

## KIRJALLISUUS

The European Agency for the Evaluation of Medical Products: ICH topic E6 Guideline for Good Clinical Practice, Step 5, consolidated Guideline 1.5.96, 2002. [Viitattu 8.9.2005.] Saatavissa: <<http://www.emea.eu.int/pdfs/human/ich/013595en.pdf>>.

Kauppinen M, Tyrkkö K. Tutkimusasetelma, aineisto ja tilastolliset analysointimenetelmät Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksessa vuosilta 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttierot 65–69-vuotiaiden jyvaskyläläisten toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 17–25.

Sosiaali- ja terveysministeriö, valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto: Muistilista eettisten toimikuntien jäsenille ja tutkijoille, 7.2.2001. [Viitattu 8.9.2005.] Saatavissa: <<http://www.etene.org/tukija/dokumentit/Muistlco.pdf>>.

SPSS for Windows. Rel. 10.0. Chicago: SPSS, 1999.

Tietosuoja ja tieteellinen tutkimus henkilötietolain kannalta 1.6.2001. [Viitattu 8.9.2005.] Saatavissa: <<http://www.tietosuoja.fi/uploads/bsiq5n.rtf>>.

*Nina Rautio ja Päivi Lampinen*

***SOSIAALIS-TALOUDELLINEN ASEMA JA ELINOLOT  
65–69-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ  
VUOSINA 1988, 1996 JA 2004***

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	27
SAMMANDRAG .....	28
ABSTRACT .....	29
1 JOHDANTO .....	30
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	32
3 TULOKSET .....	32
4 POHDINTA .....	37
KIRJALLISUUS .....	39

## Tiivistelmä

Rautio N, Lampinen P. **Sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 25–41.

Tässä tutkimuksessa vertailtiin 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten sosiaalis-taloudellista asemaa ja elinoloja vuosina 1988, 1996 ja 2004. Tutkimus kuuluu Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin toteuttamaan Ikivihreät-projektiin. Vuonna 1988 haastateltiin 362 kotona asuvaa henkilöä (81 % tavoitettavissa olleista). Vuonna 1996 ja vuonna 2004 vastaavat luvut olivat 320 (80 %) ja 292 (73 %). Miehillä ei ollut kohorttien välillä merkitseviä eroja siviilisäädystä eikä koulutuksessa. Naisilla leskien osuus pieneni ja koulutustaso kohosi myöhempien kohorttien eduksi. Henkilökohtaiset ja perheen nettotulot olivat miehillä korkeammat vuonna 2004 tutkimus kohortissa verrattuna vuosina 1996 ja 1988 tutkittuihin kohortteihin. Naisilla sekä henkilökohtaiset että perheen nettotulot olivat korkeammat myöhemmissä kohorteissa. Koettu taloudellinen tilanne oli parempi myöhemmissä kohorteissa miehillä. Yksin asumisessa ja asumismuodossa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kohorttien välillä. Kaikissa kohorteissa miehistä suurempi osa kuin naisista oli naimisissa. Lisäksi miehillä oli paremmat henkilökohtaiset ja perheen nettotulot kuin naisilla. Sosiaalis-taloudellinen asema näyttää osittain parantuneen myöhemmillä kohorteilla verrattaessa aikaisempiin. Iäkkäiden henkilöiden määrän lisääntyminen, teknologian kehitys ja erilaiset yhteiskunnalliset muutokset vaikuttanevat myös tulevaisuudessa eläkeläisten sosiaalis-taloudellisen aseman kehitykseen.

**Avainsanat:** sosiaalinen asema, elinolot, toimeentulo, kohorttiventailututkimus, ikääntyvät ihmiset

## Sammandrag

Rautio N, Lampinen P. **Socioekonomisk situation och levnadsförhållanden bland 65–69-åriga Jyväskylabor åren 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. År 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 25–41.

I denna studie jämfördes socioekonomisk situation och levnadsförhållanden bland 65–69-åriga män och kvinnor åren 1988, 1996 och 2004. Studien ingår i Evergreen-projektet som har genomförts av Jyväskylä universitet och Jyväskylä stad. År 1988 intervjuades 362 hemmaboende personer (81 % av dem som var anträffbara), 1996 och 2004 var respektive siffror 320 (80 %) och 292 (73 %). Bland männen fanns inga signifikanta skillnader i civilståndet eller utbildningen. Bland kvinnorna minskade andelen änkor och utbildningsnivån steg i de senare kohorterna. De personliga och familjens nettoinkomster var bland männen högre i den kohort som undersöktes 2004 jämfört med de kohorter som undersöktes 1996 och 1988. Bland kvinnorna var både de personliga och familjens nettoinkomster högre i de senare kohorterna. Den självrapporterade ekonomiska situationen var bättre hos männen i de senare kohorterna. När det gällde ensamboende och boendeform fanns det inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de olika kohorterna. En större andel av männen än av kvinnorna var gifta i alla kohorter. Därtill hade männen bättre personliga inkomster och familjens inkomstnivå var högre än bland kvinnorna. Den socioekonomiska situationen tycks delvis ha förbättrats hos de senare kohorterna jämfört med de tidigare. Även i framtiden torde den äldre befolkningens tillväxt, den teknologiska utvecklingen och olika samhällsliga förändringar inverka på hur de äldres socioekonomiska situation utvecklas.

**Nyckelord:** social situation, levnadsförhållanden, utkomst, kohortundersökning, åldrande människor

## Abstract

Rautio N, Lampinen P. **Socio-economic status and living conditions in 1988, 1996 and 2004 among 65–69-year-old residents of Jyväskylä.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 25–41.

This study compared the differences in socio-economic status and living conditions among 65–69-year-old people in 1988, 1996 and 2004. The study is part of the Evergreen project conducted by the University of Jyväskylä and the city of Jyväskylä. In 1988, 362 persons living at home, representing 81% of the eligible population, were interviewed. The corresponding figures in 1996 and 2004 were 320 (80%) and 292 (73%) respectively. In men, there were no statistically significant differences between the cohorts in terms of social status or education. In women, the proportion of widows was lower and the level of education higher in the later cohorts. Among men, personal and family net income were significantly higher in the cohort of 2004 compared to the cohorts of 1996 and 1988, while among women, personal and family income were higher in the later cohorts. Self-perceived financial situation was better in the later cohorts of men. There were no significant differences between cohorts in the proportion of persons living alone or in living arrangements. In all of the cohorts men were more likely to be married than women. Men also had a higher income. Socio-economic position appears to have improved somewhat from the earlier to the later cohorts. The increase of elderly population, technological development and various changes in society may continue to affect elderly people's socio-economic position also in the future.

**Key words:** social status, living conditions, livelihood, cohort comparison study, older people

## 1 JOHDANTO

Gerontologisessa tutkimuksessa on usein käytetty iän, siviilisäädyn ja asumismuodon lisäksi sosiaalis-taloudellista asemaa taustamuuttujana tai vanhenemiseen liittyvien ilmiöiden selittäjänä (Lampinen ja Sakari-Rantala 1999, 31). Sosiaalis-taloudellisella asemalla tarkoitetaan yleensä sekä hyvinvoinnin materiaalisia ulottuvuuksia, esimerkiksi tuloja, omaisuutta ja asumisen tasoa, että keskeisiä keinoja niiden saavuttamiseksi, esimerkiksi, koulutusta, ammattia ja sosiaaliluokkaa (Koskinen ja Teperi 1999, 13). Ammattiin perustuvat sosiaaliluokat ovat väestönosia, jotka jakavat samantyyppiset ja samantasoiset resurssit (tulot, valta, arvostus) ja samantyyppisen elämäntavan (Department of Health and Social ... 1980, 13). Sosiaalis-taloudelliset tekijät ovat yleensä yhteydessä toisiinsa: koulutus ohjaa ammatinvalintaa, ja ammatti vaikuttaa tuloihin, jotka puolestaan ohjaavat kulutusta (Koskinen ja Pekkanen 1991). Iäkkäiden henkilöiden sosiaalis-taloudellisen aseman mittaaminen on hankalampaa (Grundy ja Holt 2001), koska koulutuksesta on kulunut pitkä aika ja on siirrytty työelämästä eläkkeelle.

Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että korkeampi sosiaalis-taloudellinen asema iäkkäillä henkilöillä on yhteydessä parempaan terveyteen (esim. Dahl ja Birkelund 1997; Rautio ja Heikkinen 2000) ja toimintakykyyn (esim. Grundy ja Glaser 2000; Rahkonen ja Takala 1998; Rautio ym. 2005) sekä pienempään kuolleisuuteen (Martelin 1994; Martelin ym. 1998). Tulokset ovat pääosin samankaltaisia riippumatta siitä, onko sosiaalis-taloudellista asemaa mitattu koulutuksella, ammatilla, sosiaaliluokalla vai taloudellisella tilanteella.

Myös siviilisäädylä on havaittu olevan yhteyksiä iäkkäiden henkilöiden terveyden eri indikaattoreihin. Esimerkiksi naimisissa olevilla henkilöillä on todettu parempi terveys kuin muilla (Goldman ym. 1995; Johnson ym. 2000; Schoenborn 2004). Siviilisäätö ja asuinkumppanuus ovat tavallisesti yhteydessä toisiinsa; leskeys merkitsee usein yksin asumista (Heikkinen 1993). Yksin asumisen ja leskeyden on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyteen iäkkäillä henkilöillä (Tiikkainen ym. 2004). Yksin asuminen heikentää myös omaisavun mahdollisuuksia. Puutteelliset asumisolosuhteet, kuten hissitön talo, voivat vaikeuttaa huomattavasti vanhan ihmisen kotona selviytymistä, jos hänen liikkumiskykynsä on vaikeutunut tai kuntonsa huonontunut (Raassina 1994, 46–51; Kettunen 1995, 15).

Iäkkäiden henkilöiden siviilisäädystä on havaittu eri syntymäkohorttien välisiä eroja. Myöhemmin syntyneiden kohorttien iäkkäistä naisista aikaisempaa suurempi osa on naimisissa ja pienempi osa leskiä (Heikkinen 1993; Pohjolainen ym. 1997). Yli 65-vuotiaista suomalaisista miehistä oli 1990-luvun alussa naimisissa kaksi kolmasosaa ja naisista neljäsosa. Naimattomia oli miehistä noin 3 % ja naisista yli 10 %. Naisista leskiä oli kaksinkertainen määrä miehiin verrattuna (Raassina 1994, 40). Vuonna 1996 oli 65–69-vuotiaista miehistä naimisissa kolme neljäsosaa ja naisista hieman yli puolet. Naimattomia oli molemmista sukupuolista 10 %. Leskiä miehistä oli 6,5 % ja naisista 27 %. (Suomen tilastollinen vuosikirja 1996.) Vuonna 2004 oli 65–69-vuotiaista miehistä naimisis-

sa 71,7 % ja naisista 56,7 %. Naimattomien osuus oli miehistä 10,6 % ja naisista 8,8 % ja leskien osuus miehistä 4,7 % ja naisista 19,1 %. (Tilastokeskus 2005a, 47.)

Koulutuksessa tapahtuu muutosta sukupolvittain, sillä jokainen uusi ikäluokka on paremmin koulutettu (Manderbacka ja Lahelma 1999, 32). Tämä on osoitettu muun muassa 60–69-vuotiaita tamperelaisia ja 66-vuotiaita jyvaskyläläisiä käsittelevissä kohorttitutkimuksissa (Heikkinen 1993; Pohjolainen ym. 1997). Vuonna 1987 perusasteen jälkeisen tutkinnon oli suorittanut yli 65-vuotiaista miehistä 19,5 % ja naisista 15 % (Suomen tilastollinen vuosikirja 1989). Vuonna 1995 vastaavat luvut olivat 24 % ja 19,5 % (Tilastokeskus 1997). Vuonna 2001 oli 65–74-vuotiaista miehistä noin 35 %:lla ja naisista noin 30 %:lla perusasteen jälkeinen tutkinto (Tilastokeskus 2003). Myös iäkkäiden henkilöiden ammattiasemassa on todettu eroja eri kohorttien välillä (Heikkinen 1993; Pohjolainen ym. 1997). Esimerkiksi Heikkisen (1993) tutkimuksessa ylempien toimihenkilöiden määrän todettiin kasvaneen myöhemmin syntyneiden 60–69-vuotiaiden tamperelaisten kohortissa. Pohjolaisten ym. (1997) mukaan kotiäitien osuus pieneni verrattaessa 66-vuotiaita jyvaskyläläisiä naisia vuosina 1972 ja 1992.

Eläkkeelle jääminen vaikuttaa taloudelliseen tilanteeseen. Iäkkäiden henkilöiden toimeentulo perustuu Suomessa paljolti lakisääteiseen turvaan, työeläkkeisiin ja kansaneläkkeeseen (Tuominen ym. 2003, 63). Vuonna 1988 keskimääräinen omakohtainen vanhuuseläke (sisältää kansan- ja/tai työeläkkeen) oli 513 euroa/kk, vuonna 1996 800 euroa/kk<sup>1</sup> ja vuonna 2002 972 euroa /kk<sup>1</sup> (Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos 2005). Erot sukupuolten välillä ovat kuitenkin suuret. Esimerkiksi vuonna 2001 oli naisten omaeläke 66 % ja kokonaiseläke 76 % miesten eläkkeiden suuruudesta (Tuominen ym. 2003, 77). Verrattaessa tamperelaisia eri syntymäkohortteja toisiinsa havaittiin, että myöhemmin syntynyt kohortti oli taloudelliseen tilanteeseensa tyytyväisempi kuin aikaisempi kohortti (Pohjolainen ym. 1997). Vuonna 1998 koki 65–74-vuotiaista miehistä 85 % ja naisista 88 % taloudellisen asemansa turvatuksi (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 125).

Omistusasumisen on todettu yleistyvän jatkuvasti (Raassina 1994, 46). Vuonna 1998 asunnonomistajia oli kolme neljännestä 65–74-vuotiaiden kotitalouksista (Säylä 2005, 93). Iäkkäiden henkilöiden asunnoissa ilmenee jonkin verran puutteita. Vuonna 1998 65–74-vuotiaista miehistä 22 %:lla ja naisista 30 %:lla oli asunnossa liikuntaesteitä ja 15 %:lla miehistä ja 12 %:lla naisista asunnon varustetasossa puutteita (Vaarama ja Kaitsaari 2002, 126). Varsinkin iäkkäät naiset asuvat usein yksin (Heikkinen 1993). Esimerkiksi vuonna 2003 65-vuotiaista miehistä noin 24 % asui yksin, naisilla vastaava luku oli 58 % (Myrskylä 2005, 175).

Tässä tutkimuksessa kuvataan 65–69-vuotiaiden jyvaskylälaisten miesten ja naisten siivillisyyttä, koulutusta, ammattitautaa, taloudellista tilannetta, auton omistamista, yksin asumista sekä asumismuotoa vuosina 1988, 1996 ja 2004.

<sup>1</sup> Sisältää vuodesta 1991 lähtien mahdolliset tapaturmavakuutus-, liikennevakuutus-, sotilastapaturma- ja sotavammalain mukaiset eläkkeet. Vuonna 1988 omaeläke on eläkkeensaajan mahdollisten vanhuus-, työkyvyttömyys- ja työttömyyseläkkeiden summa. Vuodesta 1996 lähtien summaan sisältyvät edellisten lisäksi myös maatalouden erityiseläkkeet.



## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Kohorttiaineistot 65–69-vuotiaista kotona asuvista jyvaskyläläisistä miehistä ja naisista kerättiin vuosina 1988, 1996 ja 2004. Otokoot ja osallistumisprosentit esitellään toisaalla tässä julkaisussa (Kauppinen ja Salo). Siviilisäätystä, sosiaalis-taloudellista asemaa sekä asuin- ja elinoloja koskevat kysymykset on esitetty liitteessä 1.

Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien tarkastelujen lisäksi ristiintaulukointia ja  $\chi^2$ -testiä. Henkilökohtaisten ja perheen nettotulojen eroja sukupuolten ja kohorttien välillä selvitettiin käyttämällä t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysia (LSD-testi). Jotta henkilökohtaiset ja perheen nettotulot vuonna 1988 ja 1996 olivat rahanarvon muutoksen takia vertailukelpoisia vuoden 2004 tulojen kanssa, painotettiin vuoden 1988 tuloja kertoimella 1,431 ja vuoden 1996 tuloja kertoimella 1,130, minkä jälkeen markat muutettiin euroiksi jakamalla summat luvulla 5,946.

## 3 TULOKSET

Kaikkien kolmen syntymäkohortin miehistä suurin osa oli naimisissa tai avoliitossa ja leskiä oli noin joka kymmenes (taulukko 1). Siviilisäädyn suhteen kohorttien välillä ei ollut miehillä tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta naisilla eroja ilmeni. Vuonna 1988 naisista oli naimisissa tai avoliitossa hieman yli 40 %, kun vuonna 1996 vastaava osuus oli jo lähes 50 % ja vuonna 2004 54 %. Naisista leskiä oli noin 33 % ensimmäisessä kohortissa, kun vastaavat luvut olivat toisessa ja kolmannessa kohortissa 23 % ja 17 %. Sukupuolten välillä oli kaikissa kohorteissa eroja, sillä miehet olivat useammin naimisissa naisiin verrattuna ja naisten ryhmässä leskien ja naimattomien osuus oli huomattavasti suurempi kuin miehillä.

**Taulukko 1.** Siviilisäätty 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 142)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 172)	p	
Siviilisäätty									
Naimaton	2,8	6,1	2,5		11,8	11,8	14,0		<u>1988</u>
Naimisissa	77,5	71,8	82,4		39,5	47,6	50,6		< 0,001
Avoliitossa	0,7	1,5	1,7	0,322	2,3	1,6	3,5	0,021	<u>1996</u>
Leski	10,6	9,2	8,4		33,2	23,0	16,9		< 0,001
Eronnut	8,5	11,5	5,0		13,2	16,0	15,1		<u>2004</u>
									< 0,001
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä neliluokkaisena: 1 = naimaton, 2 = naimisissa/avoliitossa, 3 = leski ja 4 = eronnut.

Kohortista riippumatta suurin osa oli käynyt kansa- tai jatkokoulun (taulukko 2). Ylioppilaita oli miehistä ensimmäisessä kohortissa noin 7 %, toisessa 8 % ja kolmannessa 14 %. Vastaavat luvut naisilla olivat 5 %, 12 % ja 14 %. Miehillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja koulutustasossa kohorttien välillä. Naisten koulutustaso parani kohortti kohortilta. Keskikoulun käyneitä tai ylioppilastutkinnon suorittaneita oli enemmän myöhemmissä kohorteissa. Koulutustasossa oli sukupuolten välillä merkitsevä ero vuoden 1996 kohortissa. Eroa selittää naisten miehiä suurempi osuus keskikoulun suorittaneissa.

**Taulukko 2.** Koulutustaso 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Koulutustaso	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 141)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 188)	2004 (n = 173)	p	
Vähemmän kuin kansakoulu	2,8	0,8	0,8		3,6	0,5	0,6		<u>1988</u> 0,380
Kansakoulu, jatkokoulu	78,7	81,8	69,7	0,126	83,2	70,2	65,3	< 0,001	<u>1996</u> 0,048
Keskikoulu	11,3	9,1	15,1		8,6	17,0	20,2		<u>2004</u>
Ylioppilas	7,1	8,3	14,3		4,5	12,2	13,9		0,535
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kolmiluokkaisena: 1 = vähemmän kuin kansakoulu, kansakoulu tai jatkokoulu, 2 = keskikoulu ja 3 = ylioppilas.

Haastateltavilta tiedusteltiin, mitä työtä he olivat tehneet aikaisemmin tai missä ammatissa he olivat toimineet pisimpään elämänsä aikana. Toimihenkilöiden osuus kasvoi myöhemmissä kohorteissa molemmilla sukupuolilla. Naisilla kotiäitien ja avustavien perheenjäsenten osuus pieneni myöhemmissä kohorteissa. Minkään kohortin miehistä yksikään ei ollut toiminut avustavana perheenjäsenenä. Suurin osa kaikkien kohorttien miehistä ja naisista oli työntekijöitä. Ammatissa oli sukupuolten välillä merkitsevää eroa vuoden 1988 ja 2004 kohorteissa: miehistä suurempi osa oli yrittäjiä kuin naisista (taulukko 3).

Tulotasoa kartoitettiin tiedustelemalla omia henkilökohtaisia ja perheen nettotuloja kuukaudessa. Miehillä sekä henkilökohtaiset että perheen nettotulot olivat suurimmat viimeisimmässä kohortissa molempiin aikaisempiin kohortteihin verrattuna (taulukko 4). Naisilla sekä henkilökohtaiset tulot että perheen nettotulot paranivat myöhemmissä kohorteissa. Miesten henkilökohtaiset ja perheen nettotulot olivat suuremmat kaikissa kohorteissa verrattaessa naisten vastaaviin tuloihin. Vuonna 1988 tutkitun kohortin miehistä ainoastaan 62,4 %:lla oli auto, kun vastaavat luvut olivat vuoden 1996 kohor-

tissa 75,8 % ja vuoden 2004 kohortissa 91,6 % ( $p < 0,001$ ). Naisilla tulokset olivat samansuuntaisia. Vuonna 1988 tutkituista naisista vähän yli kolmanneksella oli auto taloudessaan, kun vuonna 1996 auto oli jo puolella naisista ja vuonna 2004 lähes 60 %:lla ( $p < 0,001$ ). Kaikissa kohorteissa miehistä suuremmalla osalla kuin naisista oli auto taloudessaan ( $p < 0,001$ ).

**Taulukko 3.** Aikaisempi ammatti 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Ammatti	Miehet				Naiset				Sukupuoli-erot, p
	1988 (n = 141)	1996 (n = 128)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 219)	1996 (n = 186)	2004 (n = 172)	p	
Ylempi toimihenkilö	5,7	16,4	19,3		3,2	9,7	6,4		1988
Alempi toimihenkilö	17,0	13,3	20,2		11,9	12,9	28,5		<b>0,003</b>
Yrittäjä	11,3	7,8	9,2	<b>0,052</b>	4,1	3,8	2,9	<b>&lt; 0,001</b>	1996
Työntekijä	66,0	62,5	51,3		63,9	67,7	61,6		0,076
Kotiäiti/avustava perheenjäsen	0,0	0,0	0,0		16,9	5,9	0,6		2004
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		<b>0,030</b>

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kolmiluokkaisena: 1 = toimihenkilö (ylempi ja alempi), 2 = yrittäjä ja 3 = työntekijä/kotiäiti.

**Taulukko 4.** Henkilökohtaiset ja perheen nettotulot (euroa/kk) 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Tulot	Miehet				Naiset				Sukupuoli-erot, p
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	
Henkilökohtaiset nettotulot									1988:
Ka.	961	919	1 383	<b>&lt; 0,001</b>	691	759	953	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>
n	138	122	113		211	175	163		1996:
									<b>&lt; 0,001</b>
Perheen nettotulot									2004:
Ka.	1 370	1 508	2 320	<b>&lt; 0,001</b>	1 048	1 203	1 976	<b>&lt; 0,001</b>	1988:
n	124	121	91		190	158	86		<b>&lt; 0,001</b>
									1996:
									<b>&lt; 0,001</b>
									2004:
									<b>0,005</b>

Tilastolliset erot testattu kohorttien välillä yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja LSD-parivertailutestillä sekä sukupuolten välillä t-testillä.

Yli 35 % miehistä vuosina 1988 ja 1996 arvioi taloudellisen tilanteensa hyväksi, kun vuonna 2004 vastaava luku oli lähes 55 % (taulukko 5). Naisilla kehitys oli samansuuntainen mutta ei tilastollisesti merkitsevä. Sukupuolten välillä ei ilmennyt merkitseviä eroja koetussa taloudellisessa tilanteessa missään kohortissa.

**Taulukko 5.** Koettu taloudellinen tilanne 65–69-vuotiailla jyväsyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Taloudellinen tilanne	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 142)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 171)	p	
Hyvä	36,6	35,6	54,6		33,6	38,0	44,4		1988 0,561
Tyydyttävä	59,9	56,8	42,9	< 0,003	58,6	57,8	53,2	0,092	1996 0,667
Huono	3,5	7,6	2,5		7,7	4,3	2,3		2004 0,088
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kaksiluokkaisena: 1= hyvä ja 2=tyydyttävä/huono.

Suurin osa kaikkien kohorttien miehistä (97,0–99,2 %) ja naisista (95,2–98,8 %) asui yksityisasunnossa. Ainoastaan muutamia henkilöitä asui vanhustentalossa tai palvelutalossa. Sekä miehillä että naisilla yleisin asumismuoto kaikissa kohorteissa oli hissillinen kerrostalo (taulukko 6). Kummallakaan sukupuolella ei ollut kohorttien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja asumismuodon suhteen. Kuitenkin rivi- tai paritalossa asuvien osuus näytti kasvavan ja hissillisissä kerrostaloissa asuvien osuus vähentyvän myöhemmissä kohorteissa. Miesten ja naisten välillä ilmeni asumismuodon eroja vuoden 1996 kohortissa. Omakotitaloissa asui suhteellisesti enemmän miehiä kuin naisia, ja vastaavasti hissillisessä kerrostalossa naisten suhteellinen osuus oli miehiä suurempi. Tasoeroja ja sisäportaita oli miesten asunnoissa noin 28–39 %:lla eri kohorteista ( $p = 0,192$ ). Naisilla noin viidenneksellä vuosina 1988 ja 1996 tutkituista kohorteista ja noin kolmanneksella vuoden 2004 kohortista ( $p = 0,039$ ) oli tasoeroja ja sisäportaita. Vuoden 1996 kohortissa miesten asunnoissa oli useammin tasoeroja kuin naisten asunnoissa ( $p = 0,031$ ). Vain harvojen asunnoissa oli tehty muutostöitä, esimerkiksi laitettu tukikahvoja tai poistettu kynnyksiä.

Kohortista riippumatta miehet asuivat harvemmin yksin (15,5–27,7 %) kuin naiset (44,6–50,0 %). Kohorttien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yksin asumisessa. Ei-yksinasuvista miehistä ja naisista suurin osa asui puolison kanssa (taulukko 7).

**Taulukko 6.** Asumismuoto 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 135)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 211)	1996 (n = 188)	2004 (n = 172)	p	
Asumismuoto									
Omakotitalo	26,7	26,0	26,9		18,0	15,4	20,3		<u>1988</u>
Rivi- tai paritalo	7,4	13,7	21,0		6,6	9,0	14,5		0,124
Kerrostalo, hissi	40,0	38,2	33,6	0,094	52,1	51,1	42,4	0,140	<u>1996</u>
Kerrostalo, hissiton	25,9	22,1	18,5		23,2	24,5	22,7		<b>0,031</b>
									<u>2004</u>
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		0,170

Tilastolliset merkitsevyydet testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 7.** Yksin asuminen tai asuminen puolison, lasten tai muiden kanssa 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 130)	2004 (n = 116)	p	1988 (n = 210)	1996 (n = 188)	2004 (n = 166)	p	
Asuinkumppani									
Yksin asuvat	22,1	27,7	15,5		44,8	50,0	44,6		<u>1988</u>
Puolison kanssa	76,5	71,5	82,8		41,9	47,3	53,0		<b>&lt; 0,001</b>
Lasten kanssa	0,7	0,8	1,7	0,071	6,2	1,6	0,6	0,490	<u>1996</u>
Muiden kanssa	0,7	0,0	0,0		7,1	1,1	1,8		<b>&lt; 0,001</b>
									<u>2004</u>
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		<b>&lt; 0,001</b>

Tilastolliset merkitsevyydet testattu  $\chi^2$ -testillä kaksiluokkaisena. Ei-yksinasuvien osuudet ovat osittain sisäkkäisiä. Luokat: 1 = yksin asuvat ja 2 = muiden kanssa asuvat.

Haastateltavilta kysyttiin, pelkäsivätkö he liikkua ulkona. Miehistä 3–5 % ja naisista 13–17 % pelkäsi ( $p < 0,01$ ). Kummallakaan sukupuolella ei kohorttien välillä ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa. Eri kohorttien miehillä yleisimmät pelon syyt olivat liikenne ja muut ihmiset sekä talvella kaatuminen. Naisilla ulkona liikkumisen pelkoa aiheuttivat yleisimmin muut ihmiset.

#### 4 POHDINTA

Vuosina 1988, 1996 ja 2004 tutkittujen 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten siviilisäädystä, sosiaalis-taloudellisessa asemassa ja elinoloissa todettiin eroja, jotka pääosin ilmentävät myönteistä kehitystä varhaisemmista myöhempisiin kohortteihin.

Naimisissa olevien naisten osuus kasvoi myöhemmissä kohorteissa, kun vastaavasti leskien osuus pieneni. Vastaavanlaisia tuloksia on raportoitu myös aiemmissa tutkimuksissa (Heikkinen 1993; Pohjolainen ym. 1997). Naimisissa olevien naisten lukumäärän kasvuun ja leskien osuuden pienentymiseen vaikuttanee miesten kuolleisuuden vähentyminen viime vuosikymmenten aikana. Naisten ja miesten välillä oli kuitenkin eroja siviilisäädystä kaikissa kohorteissa. Miehistä suurin osa oli naimisissa, naisista vain noin puolet tai vähemmän. Naimisissaololla on todettu olevan suojaavia vaikutuksia erityisesti miehillä (ks. Goldman ym. 1995).

Naisten koulutustaso parani myöhemmissä kohorteissa: keskikoulun ja lukion käyneiden naisten osuus kasvoi. Miehillä merkitseviä tilastollisia eroja kohorttien välillä ei ilmennyt, vaikka trendi oli samansuuntainen. Sukupuolten väliset koulutustasoerot olivat melko vähäisiä. Nuoremmissa ikäryhmissä tilanne on toinen: naisten kouluttautuminen on nykyisin korkeampaa kuin miesten (ks. Tilastokeskus 2005b). Tulevaisuudessa iäkkään väestön koulutusrakenne ja siihen liittyvät kysymykset ovatkin erilaiset kuin nyt.

Ylempien ja alempien toimihenkilöiden määrä kasvoi myöhempisiin kohortteihin siirtäessä. Naisilla kotiäitien osuus väheni kohortti kohortilta. Vastaavanlaisia tuloksia on esitetty Pohjolan ym. (1997) tutkimuksessa. Trendi johtunee siitä, että yhä useampi nainen on mukana työelämässä. Lisäksi taustalla saattaa olla lapsien lukumäärän väheneminen ja perheeseen pienentyminen myöhemmissä kohorteissa (ks. Nieminen ja Koskinen 2005).

Muutokset iäkkäiden henkilöiden ammattiasemassa johtunevat yhteiskunnan rakennemuutoksista. Maanviljelystä on siirrytty yhä enemmän työntekijöiksi teollisuuteen ja palvelujen alueelle. Myös ylempien toimihenkilöiden määrä kohoaa palveluiden ja muun muassa teknologian kehityksen myötä.

Tulotaso (sekä henkilökohtaiset että perheen nettotulot) oli molemmilla sukupuolilla pääosin parempi myöhemmissä kohorteissa. Miehillä ensimmäisen ja toisen kohortin välillä ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Tämä saattaa olla seurausta 1990-luvun alkupuolen lamavuosista. Hagforsin ym. (2003) mukaan eläkeläisten toimeentulo parani laman alusta vuoteen 1993 saakka, jonka jälkeen se ensin heikkeni mutta saavutti sitten jo vuoden 1996 aikana vuoden 1993 tason. Miehillä tulot olivat korkeammat kuin naisilla. Tämä saattaa johtua siitä, että naiset ovat hakeutuneet naisvaltaisille matalapalkkaisemmille aloille, vaikka heidän koulutuksensa olisi korkea. Auton omistavien osuus lisääntyi kohortista toiseen sekä miehillä että naisilla. Yhteiskunnan autoistumisen perusteella tulos oli odotettavissa, vaikka myös julkinen liikenne on parantunut

vuosien kuluessa. Toisaalta useilla paikkakunnilla on jouduttu vähentämään julkisen liikenteen palveluja ja linja-autojen palvelulinjoja viime vuosina. Mahdollisuus ajaa autoa on nykyisin ratkaiseva tekijä iäkkäiden henkilöiden liikkumisen kannalta (Siren ja Hakamies-Blomqvist 2004). Tulevaisuudessa voidaan odottaa, että yhä useampi nainen myös vanhemmissa ikäryhmissä omistaa ajokortin ja ajaa autoa.

Asumismuoto ja yksin asuminen olivat hyvin samankaltaisia kaikissa kohorteissa molemmilla sukupuolilla. On odotettavissa, että kun väestön ikärakenne vanhenee, yksin asuvien määrä kasvaa (Nieminen ja Koskinen 2005). Yli 95 % haastatelluista kaikissa kohorteissa asui yksityisasunnossa. Suurin osa asui kerrostalossa, jossa oli hissi. Omakotitalossa asui noin neljännes miehistä ja 15–20 % naisista. Voidaan olettaa, että vanhemmissa ikäryhmissä yhä useampi joutuu muuttamaan omakotitalosta kerrostaloon tai vastaavaan toimintakyvyn heiketessä, jos apua omakotitalon töihin ei ole saatavissa. Kerrostaloasumisessa ongelmana on esimerkiksi hissittömyys (ks. Kettunen 1995, 15). Sekä omakotitaloasumisessa että muissa asumismuodoissa vaikeuksia voivat aiheuttaa myös asunnon epäkohdat tai puutteet (esim. liian korkeat kynnykset, tukikahvojen puute yms.). Ainoastaan harvoille henkilöille oli tässä tutkimuksessa tehty asuntoon muutoksia, esimerkiksi laitettu tukikahvoja; kyseessä oli toimintakyvyltään hyväkuntoinen ikäryhmä.

Yksin asuminen oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Osittain tähän vaikuttivat erot siviilisäädystä. Miehistä oli naimisissa suurempi osa kuin naisista, ja naisista suurempi osa kuin miehistä oli leskiä. Yksin asuminen voi tuottaa ongelmia toimintakyvyn ja terveydentilan heiketessä: apua ei ole aina saatavilla. Iäkkäät henkilöt myös pelkäävät jossain määrin ulkona liikkumista, ja tämä saattaa korostua yksin asuvilla.

Tämän tutkimuksen vahvuutena oli mahdollisuus tutkia sosiaalis-taloudellista asemaa ja elinoloja suhteellisen laajasti kolmella eri kohortilla. Tutkimuksiin osallistumisaktiivisuus oli verrattain korkea. Sosiaalis-taloudellista asemaa ja elinoloja koskevat kysymykset ovat yleisiä eri tutkimuksissa, ja niitä käytetään usein taustamuuttujina. Itsearviointeihin liittyy kuitenkin virhelähteitä, esimerkiksi haastateltavan muistihäiriöt tai omaisen osallistuminen haastatteluun.

Tulosten perusteella voidaan todeta, että 65–69-vuotiaiden jyvaskyläläisten henkilöiden sosiaalis-taloudellinen asema parani jossain määrin vuosina 1988, 1996 ja 2004 tehtyjen tutkimusten aikana, ja voitaneen olettaa, että se tulee paranemaan myös tulevaisuudessa. Koulutustaso ja ammattiasema näyttää parantuvan sukupolvi sukupolvelta, samoin tulotaso ja aineellinen hyvinvointi. Korkeampi koulutus ja parempi taloudellinen tilanne saattavat olla yhteydessä iäkkäiden henkilöiden parempaan terveydentilaan ja toimintakykyyn: ne lisäävät heidän tietojaan terveydestä ja toimintakyvystä sekä luovat mahdollisuuksia huolehtia niistä. Toisaalta yksin asuminen yleistyy lisääntyvien avo- ja avioerojen myötä, jolloin yksinäisyys ja masentuneisuus saattavat olla iäkkäiden henkilöiden lisääntyviä ongelmia.

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset (ikärakenteen muuttuminen, teknologian kehitys ja globalisaatio) tulevat jatkossakin vaikuttamaan iäkkäiden henkilöiden sosiaalis-taloudelliseen asemaan. Voidaan olettaa, että tulevaisuudessa niin sanotun kolmannen iän saavuttaneet henkilöt ovat entistä koulutetumpia sekä paremmassa ammattiase-massa ja taloudellisessa tilanteessa kuin tänä päivänä. Toisaalta on vaikea ennustaa, mi-ten työmarkkinat ja eläkerakenne kehittyvät, kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle ja iäkkäiden henkilöiden määrä lisääntyy voimakkaasti seuraavien vuosikymmenten aikana.

## KIRJALLISUUS

Dahl E, Birkelund G. Health inequalities in later life in a social democratic welfare state. *Social Science & Medicine* 1997; 44: 871–881.

Department of Health and Social Security. Inequalities in Health: Report of a Research Working Group Chaired by Sir Douglas Black. [Black Report.] London: DHSS, 1980.

Eläketurvakeskus ja Kansaneläkelaitos. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2003. Helsinki: 2005. [Viitattu 31.10.2005.] Saatavissa: <[http://www.etk.fi/Dynagen\\_attachments/Att21637/21637.pdf](http://www.etk.fi/Dynagen_attachments/Att21637/21637.pdf)>.

Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital status and health among the elderly. *Social Science & Medicine* 1995; 40: 1717–1730.

Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Ageing* 2000; 29: 149–157.

Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55: 895–904.

Hagfors R, Hellsten K, Ilmakunnas S, Uusitalo H. Eläkeläisten vaiherikas 1990-luku: johdanto ja yhteenveto. Julkaisussa: Hagfors R, Hellsten K, Ilmakunnas S, Uusitalo H, toim. Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Helsinki: Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2003: 7–36.

Heikkinen R-L. Elinolot. Julkaisussa: Jylhä M, toim. Vanhuusikä muutoksessa – kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 6, 1993: 11–17.

Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. Marital status and mortality. The National longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology* 2000; 10: 224–238.

Kettunen M. Kunnollinen asuminen elämän ehtooksi. Vanhusten asunto-olojen kehittämisprojekti Oulun läänissä. Helsinki: Ympäristöministeriö, Asunto- ja rakennusosasto, Tutkimusraportti 5, 1995.



Koskinen S, Pekkanen J. Sosioekonomiset tekijät ja terveys epidemiologisen tutkimuksen kohteena. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1991; 28: 365–375.

Koskinen S, Teperi J. Voidaanko terveyseroja kaventaa. Julkaisussa: Koskinen S, Teperi J, toim. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Helsinki: Stakes, Raportteja 243, 1999: 13–24.

Lampinen P, Sakari-Rantala R. Sosiaalis-taloudellinen asema ja elinolot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 27–46.

Manderbacka K, Lahelma E. Sosioekonomiset sairastavuuserot Suomessa. Julkaisussa: Koskinen S, Teperi J, toim. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Helsinki: Stakes, Raportteja 243, 1999: 31–40.

Martelin T. Differential mortality at older ages: Sociodemographic mortality differences among the Finnish elderly. Helsinki: Publications of the Finnish Demographic Society 16, 1994.

Martelin T, Koskinen S, Valkonen T. Sociodemographic mortality differences among the oldest old in Finland. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1998; 53B: S83–S90.

Myrskylä P, Asuminen. Julkaisussa: Myrskylä P, toim. Tallella ikä eletty... Ikääntyminen tilastoissa. Elinolot 2005. Helsinki: Tilastokeskus, 2005: 173–180.

Nieminen M, Koskinen S. Väestö. Julkaisussa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 2005: 41–49.

Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. Socio-economic status, health and life-style in two elderly cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; 52 (Suppl.): 8–14.

Raassina A. Vanhuuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6, 1994.

Rahkonen O, Takala P. Social class differences in health and functional disability among older men and women, the afflictions of class inequality: The case of Finland. *International Journal of Health Services* 1998; 28: 511–524.

Rautio N, Heikkinen E. Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyteen 75- ja 80-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla. *Gerontologia* 2000; 14: 14–26.

Rautio N, Heikkinen E, Ebrahim S. Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: Five- and ten-year follow-up studies. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 2405–2416.

Schoenborn C. Marital status and health: United States, 1999–2002. Advance data from vital and health statistics 2004; 15 (35). [Viitattu 26.10.2005.] Saatavissa: <<http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/ad/351-360/351-360.htm>>.

Siren A, Hakamies-Blomqvist L. Private car as the grand equaliser? Demographic factors and mobility in Finnish men and women aged 65+. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour 2004; 7 (2): 107–118.

Suomen tilastollinen vuosikirja 1989. Helsinki: Tilastokeskus, 1989.

Suomen tilastollinen vuosikirja 1996. Helsinki: Tilastokeskus, 1996.

Säylä M. Varallisuus. Julkaisussa: Myrskylä P, toim. Tallella ikä eletty... Ikääntyminen tilastoissa. Elinolot 2005. Helsinki: Tilastokeskus, 2005: 91–102.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L, Kauppinen M. Jyväskyläläisten 80- ja 85-vuotiaiden kokema yksinäisyys, yksinäisyyteen yhteydessä olevat ja yksinäisyyttä ennustavat tekijät 5-vuotisseuruun aikana. Gerontologia 2004; 4: 257–265.

Tilastokeskus. Väestön koulutusrakenne kunnittain 31.12.1995. Koulutus 1997:1. Helsinki: Tilastokeskus, 1997.

Tilastokeskus. Väestön koulutusrakenne kunnittain 2001. Koulutus 2003:2. Helsinki: Tilastokeskus, 2003.

Tilastokeskus. Väestörakenne ja väestömuutokset kunnittain 2004. Väestö 2005:5. Helsinki: Tilastokeskus, 2005a.

Tilastokeskus. Korkeakouluihin hakeneet ja hyväksytyt 2004. Koulutus 2005:1. Helsinki: Tilastokeskus, 2005b.

Tuominen E, Niemelä E, Nyman H, Ruhanen E, Elo K. Eläkkeensaajat ja eläketulot. Julkaisussa: Hagfors R, Hellsten K, Ilmakunnas S, Uusitalo H, toim. Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Helsinki: Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1, 2003: 63–92.

Vaarama M, Kaitsaari T. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Julkaisussa: Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 2002: 120–143.



*Raija Leinonen, Velipekka Suominen,  
Ritva Sakari-Rantala, Pia Laukkanen  
ja Eino Heikkinen*

**TERVEYDENTILA JA PÄIVITTÄISISTÄ  
TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN  
65–69-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ  
VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	45
SAMMANDRAG .....	46
ABSTRACT .....	47
1 JOHDANTO .....	48
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	49
3 TULOKSET .....	50
4 POHDINTA .....	61
KIRJALLISUUS .....	64

## Tiivistelmä

Leinonen R, Suominen V, Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Heikkinen E. **Terveydentila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 43–66.

Tutkimuksessa verrattiin 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten terveyttä ja toimintakykyä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Terveyttä ja toimintakykyä selvitettiin kysymällä pitkäaikaissairauksia, käytössä olevia lääkkeitä, arkielämää häiritseviä oireita, itse arvioitua terveyttä, fyysistä suorituskkyä sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Kohorteilla ei ollut suurta eroa terveydentilassa. Miehet raportoivat tuki- ja liikuntaelinsairauksia vähemmän vuosina 1996 ja 2004 kuin vuonna 1988. Naisilla syöpäsairaudet ja mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä vuoden 2004 tutkimuksessa kuin aiemmilla kohorteilla. Lääkkeiden käyttäjien määrä samoin kuin vitamiinien ja hivenaineiden käyttö lisääntyivät merkitsevästi jälkimmäisissä kohorteissa verrattuna vuonna 1988 tutkittuun kohorttiin. Itse arvioitu terveys oli parempi myöhemmissä kohorteissa, erityisesti viimeisessä. Itse ilmoitettu toimintakyky oli jossain määrin parempi vuonna 1996 ja erityisesti vuonna 2004 tutkitulla kohortilla verrattuna ensimmäiseen, vuonna 1988 tutkittuun kohorttiin. Erot olivat selvimmät fyysistä ponnistelua vaativissa liikkumistehtävissä.

**Avainsanat:** terveys, toimintakyky, ikääntyvät ihmiset, kohorttivertailututkimus

## Sammandrag

Leinonen R, Suominen V, Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Heikkinen E. **65–69-åriga Jyväskyläbors hälsotillstånd och förmåga att klara av dagliga funktioner 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. År 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 43–66.

I denna studie jämfördes hälsa och funktionsförmåga hos 65–69-åriga kvinnor och män 1988, 1996 och 2004. Hälsan och funktionsförmågan undersöktes genom frågor om kroniska sjukdomar, läkemedelsanvändning, symptom som stör vardagslivet, subjektivt upplevd hälsa, fysisk prestationsförmåga samt förmåga att klara av dagliga funktioner. Det fanns ingen stor skillnad mellan kohorterna när det gällde hälsotillståndet. Männen rapporterade ett mindre antal sjukdomar i rörelseorganen 1996 och 2004 än 1988. Bland kvinnorna var cancersjukdomar och psykiska störningar mera frekventa i undersökningen 2004 än i tidigare kohorter. Både antalet personer som använde läkemedel och användningen av vitaminer och spårämnen ökade signifikant i senare kohorter jämfört med 1988 års kohort. De personer som intervjuades 1988 ansåg sin hälsa vara sämre än de som intervjuades senare. Den självrapporterade funktionsförmågan var i någon mån bättre hos kohorten 1996 och speciellt hos kohorten 2004 jämfört med den första kohorten 1988. Skillnaderna var tydligast i samband med motion som krävde fysisk ansträngning.

**Nyckelord:** hälsa, funktionsförmåga, åldrande människor, kohortundersökning

## Abstract

Leinonen R, Suominen V, Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Heikkinen E. **Health status and ability to perform activities of daily living among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 43–66.

The aim of the study was to compare health and functional capacity among 65–69-year-old men and women in 1988, 1996, and 2004. Health status and functional capacity were studied by asking questions about chronic conditions, symptoms of diseases impacting daily life, medication, self-rated health, physical capacity and performance of activities of daily living. The cohorts showed only minor differences in health status. However, self-rated health was better among the two later cohorts, especially in 2004. Musculoskeletal diseases in men were less common in the two later cohorts. Cancer and mental disorders were more common among the women interviewed in 2004 than among the women interviewed in 1996 or 1988. Use of prescribed drugs, vitamins and trace elements was more common among the two later cohorts compared to the earliest cohort. Self-reported functional capacity was better in 1996, and particularly so in 2004, compared to the cohort interviewed in 1988. Self-reported health also was better in the later cohorts, especially in the latest cohort of 2004. The differences were most striking with regard to strenuous mobility tasks.

**Key words:** health status, functional capacity, older people, cohort comparison study



## 1 JOHDANTO

Suomessa, kuten muissakin teollistuneissa länsimaissa, väestön elinajanodote on pidentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana (Tilastokeskus 2006a). Väestön kuolleisuuden edelleen vähetessä on syytä olettaa, että suuntaus jatkuu samankaltaisena tulevaisuudessa (Tilastokeskus 2006b). Ilmiö voidaan havaita niin vastasyntyneillä kuin jo eläkeiän saavuttaneillakin henkilöillä. Euroopan unionissa 60-vuotiaan henkilön jäljellä olevan eliniän arvioitiin olevan vajaat 18 vuotta vuonna 1991, vuonna 2002 jo lähes 20 vuotta (Eurostat 2005). Suomessa vuosien 1980 ja 2000 välillä 65-vuotiaan miehen elinajan odote piteni 3,0 vuotta ja naisen 2,8 vuotta (Sihvonen ym. 2003). Elinajan pidentyminen ei kuitenkaan ole itseisarvo, eikä sen perusteella voida esimerkiksi tehdä johtopäätöksiä yksilön elämänlaadusta tai toimintakyvystä.

Elinajanodote voidaan jakaa kahteen osaan: terveiden (toimintakykyisten) ja sairaitten (toimintarajoitteisten) elinvuosien odotteeseen. Suomessa tehtyjen tutkimusten valossa näyttäisi siltä, että 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden toimintakykyisten vuosien määrä on lisääntynyt molemmilla sukupuolilla elinvuosien lisääntymisen myötä (Sihvonen ym. 2003). Absoluuttisia mittareita ei asian toteamiseksi kuitenkaan ole, ja tulokset vaihtelevat sen mukaan, arvioidaanko jäljellä olevien toimintakykyisten vuosien määrää esimerkiksi henkilön perustoiminnoista suoriutumisella tai koetulla terveydellä. Myös sukupuolten välillä on havaittu lieviä eroavaisuuksia: 65-vuotiaan miehen jäljellä olevasta eliniästä 90 %:n on arvioitu olevan toimintakykyistä, kun tarkastellaan perustoiminnoista selviytymistä. Vastaava osuus samanikäisillä naisilla on hieman vähemmän, 88 % (Sihvonen ym. 2003). Suurin sukupuolten välinen ero tulee kuitenkin esille tarkasteltaessa toimintakykyä pitkäaikaissairana vietettyjen vuosien määrällä, joka on naisilla yli kolme vuotta pidempi kuin miehillä (Aromaa ym. 2002).

Kohorttiventailututkimuksen tarkoituksena on arvioida syntymä- ja tutkimusajankohdan vaikutuksia sekä kehityssuuntia (Spiers ym. 1996; Manton ym. 1997). Koska sairastavuudessa ja koetussa terveydentilassa tapahtuvat muutokset ovat osittain sukupuolesta riippuvaisia, kohorttiventailututkimuksissa on syytä tarkastella kehitystä erikseen miehillä ja naisilla. Tietoa ikäkohorttien välisistä terveys- ja toimintakykyeroista vanhemmissa ikäryhmissä on vielä rajallinen määrä, ja tulokset esimerkiksi EU:n alueella vaihtelevat maasta toiseen.

Eri ajankohtina tehtyjen poikkileikkaustutkimusten perusteella näyttää siltä, että nykyisissä iäkkäiden ihmisten kohorteissa niiden henkilöiden osuus, joilla on toiminnanvajauksia, on pienempi kuin aikaisemmin (Ahacic ym. 2000; Manton ja Gu 2001; Aromaa ym. 2002; Freedman ym. 2002). Suurimmat muutokset on havaittu vanhimmissa, yli 85-vuotiaiden ikäryhmissä (Manton ym. 1993; Freedman ja Martin 1998; Pitkälä ym. 2001). Suuntaus ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Yhdysvaltalaisissa väestötutkimuksissa on myös huomattu, että kehitys vaihtelee eri kohorteissa (Crimmins ym. 1997) tai kehityksen suunta on erilainen päivittäisten toimintojen eri osa-alueilla (Liao ym. 2001).

Suomalaisissa kohorttivertailututkimuksissa tulokset ovat olleet yleensä hyvin samankaltaisia: myöhemmin tutkitut kohortit arvioivat terveytensä ja toimintakykynsä paremmiksi kuin aiemmin tutkitut. Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksessa vuosilta 1988 ja 1996 65–69-vuotiaiden terveydestä ja toimintakyvystä ei kuitenkaan löydetty suuria eroja (Laukkanen ym. 1999). Tilastollisesti merkitsevä ero kohorttien välillä tosin havaittiin vertailtaessa kaikkia ADL-toimintoja (*Activities of Daily Living*) yhdessä. Havaittu positiivinen muutos voitiin todeta molemmilla sukupuolilla. Tuoreemmassa Terveys 2000 -tutkimuksen perusraportissa on verrattu Mini-Suomi-tutkimuksessa (1978–1980) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa saatuja tuloksia keskenään (Aromaa ym. 2002). Yli 65-vuotiaiden arvio omasta terveydestään oli selvästi parempi vuonna 2000 verrattuna vuoteen 1980 niin miehillä kuin naisillakin. Pitkäaikaissairauksien määrä ei kuitenkaan ollut vähentynyt. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksissa (Sulander ym. 2001 ja 2004) todettiin 65–84-vuotiaiden henkilöiden koetun terveyden kohentuneen vuosien 1993–2003 välisenä aikana. Muutos oli havaittavissa lyhyelläkin aikavälillä: verrattaessa 65–69-vuotiaiden arvioita vuosina 2001 ja 2003 myöhemmästä kohortista noin 53 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, kun vastaava luku kaksi vuotta aiemmin oli noin 45 % (Sulander ym. 2004). Terveystenhuollon väestötutkimuksessa vuosina 1987 ja 1995/96 (Arinen ym. 1998) havaittiin, että koetun terveyden arvio oli parantunut 65–74-vuotiailla miehillä mutta hieman heikentynyt samanikäisillä naisilla.

65 vuotta täyttäneiden suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet ovat kiistatta lisääntyneet. Tuloksia useamman kuin kahden samanikäisen kohortin vertailututkimuksista ei kuitenkaan ole vielä julkaistu. Tekemällä eläkeiän saavuttaneiden henkilöiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksia kuvailevia, useampaan ikäkohorttiin kohdistuvia tutkimuksia saadaan tärkeää tietoa muutoksen suunnasta ja nopeudesta. Tämä tieto on arvokasta, kun suunnitellaan terveyden- ja vanhustenhuollon painopistealueita ja arvioidaan voimavarojen tarvetta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveydessä ja toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia vertaamalla 2000-luvun alussa eläkeiän saavuttaneita vastaavan iän 1980- ja 1990-luvuilla saavuttaneisiin henkilöihin.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Vuonna 1988 satunnaisotoksella valittuun tutkimuksen kohdejoukkoon kuului 451 65–69-vuotiaasta henkilöä, joista 81 % osallistui haastatteluun. Vuosina 1996 ja 2004 nämä otokset olivat 403 ja 400 henkilöä ja osallistumisprosentit 80 % ja 73 %. Tarkemmat tiedot osallistuneista ja tutkimusasetelmasta on esitetty tämän julkaisun ensimmäisessä artikkelissa (Kauppinen ja Salo). Haastattelut toteutettiin pääasiallisesti samansisältöisinä kaikille kolmelle ikäkohortille.

Terveydentilaa selvitettiin kysymällä lääkärin diagnosoimia pitkäaikaissairauksia, reseptilääkkeiden ja käsikauppalääkkeiden käyttöä sekä kahden viimeksi kuluneen viikon aikana esiintyneitä arkielämää häiritseviä oireita. Lisäksi tutkittavia pyydettiin arvioi-

maan, millaiseksi he kokevat terveytensä, kuinka heidän terveytensä on muuttunut viimeksi kuluneen vuoden aikana ja rajoittavatko terveysongelmat heitä harrastamasta sitä, mitä he haluaisivat harrastaa. Haastateltavilta kysyttiin myös omaa arviota siitä, onko heillä vaikeuksia selviytyä fyysistä suorituskkyä vaativista tehtävistä, kuten kävelminen, juokseminen, hiihtäminen, uiminen ja pyöräily (liite 1, kysymykset 68, 69, 72, 73 ja 74).

Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioitiin kysymyksillä, jotka koskivat päivittäisiä perustoimintoja (*Physical activities of daily living*, PADL) ja asioiden hoitamista (*Instrumental activities of daily living*, IADL). PADL-toimintoja olivat WC-toiminnot, syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, vuoteeseen meno ja siitä nouseminen, sisällä, ulkona ja portaissa liikkuminen sekä varpaankynsien leikkaaminen. IADL-toimintoja olivat lääkkeiden annostelu ja ottaminen, puhelimen käyttö, ruuanvalmistus, kevyet ja raskaat taloustyöt, raha-asioiden hoito, pyykinpesu, julkisten kulkuvälineiden käyttö sekä kaupassakäynti (liite 3).

### 3 TULOKSET

Vuonna 1988 noin 16 % miehistä ja 20 % naisista ilmoitti, ettei hänellä ole yhtäkään lääkärin toteamaa pitkäaikaissairautta. Vuonna 1996 vastaavat luvut olivat hieman korkeammat sekä miehillä (20 %) että naisilla (23 %), mutta ne laskivat jälleen vuonna 2004 muutaman prosenttiyksikön verran (taulukko 1). Miehillä oli eri tutkimusvuosina keskimäärin 1,6, 1,8 ja 1,9 pitkäaikaissairautta ja naisilla vastaavasti 1,8, 1,9 ja 2,1. Havaitut erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

Sydän- ja verisuonisairaudet olivat miehillä yleisin sairausryhmä kaikkina tutkimusvuosina, ja niiden osuus kasvoi sekä vuonna 1996 että vuonna 2004. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien määrä sen sijaan väheni miehillä tilastollisesti merkitsevästi jälkimmäisissä kohorteissa. Naisilla yleisin sairausryhmä oli vuosina 1988 ja 1996 tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mutta vuonna 2004 sydän- ja verisuonisairauksien osuus oli suurin (taulukko 1). Kohorttien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja siten, että vuosina 1996 ja 2004 naisilla oli kroonisia keuhkosairauksia enemmän kuin vuonna 1988 ja mielenterveyden häiriöt lisääntyivät vuonna 1996 ja edelleen vuonna 2004. Lisäksi syöpäsairauksien osuus kasvoi kahden viimeisimmän tutkimuskerran välillä. Vuoden 1988 haastattelussa syöpäsairauksia ja dementiaa ei koodattu erikseen niiden harvinaisuuden takia. Sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa vain diabeteksen esiintyvyydessä vuonna 1996 ja tuki- ja liikuntaelinsairauksissa vuosina 1996 ja 2004.

Arkielämää häiritsevästä oireista kärsiviä miehiä oli kolmesta neljäsosasta kahteen kolmasosaan tutkimusvuodesta riippuen. Naisista hieman yli puolet ei ilmoittanut mitään arkielämää häiritseviä oireita (taulukko 2). Yleisimmin sekä miehet että naiset ilmoittivat tuki- ja liikuntaelinten kiputiloja.

**Taulukko 1.** Pitkäaikaissairauksien esiintyminen 65–69-vuotiailla jyväsikäikäisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivettilu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntynneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 188)	2004 (n = 172)	p	1988 p	1996 p	2004 p	
Pitkäaikaissairaus												
Ei sairautta	15,7	20,5	17,6	0,593	20,0	23,4	19,2	0,569	0,306	0,532	0,740	
Sydän- ja verisuonisairaus	40,7	46,2	52,9	0,145	40,5	39,4	44,2	0,623	0,961	0,222	0,142	
Aivoverisuonisairaus	6,4	6,1	2,5	0,303	4,1	2,1	1,2	0,172	0,321	0,068	0,381	
Muu neurologinen sairaus	1,4	1,5	2,5	0,770	0,9	2,1	1,7	0,593	0,647	0,691	0,647	
Krooninen keuhkosairaus	11,4	10,6	6,7	0,406	6,4	15,4	12,2	<b>0,012</b>	0,090	0,231	0,124	
Tuki- ja liikuntaelinsairaus	40,0	29,5	22,7	<b>0,010</b>	43,2	41,0	40,1	0,813	0,551	<b>0,037</b>	<b>0,002</b>	
Diabetes	4,3	11,4	7,6	0,090	7,7	5,3	8,1	0,516	0,193	<b>0,047</b>	0,858	
Syöpä	-	1,5	3,4	0,090	-	3,7	8,1	<b>0,001</b>	-	0,240	0,096	
Mielenterveyden häiriöt	1,4	1,5	3,4	0,477	0,9	1,1	4,1	<b>0,045</b>	0,647	0,721	0,755	
Dementia	-	0,8	0,8	0,568	-	0,0	1,2	0,093	-	0,232	0,789	

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 2.** Arkielämää häiritsevien oireiden tai vaivojen esiintyminen 65–69-vuotiailla jyväsikäikäisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Oire	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p
	(n = 140)	(n = 132)	(n = 119)		(n = 220)	(n = 188)	(n = 171)		p	p	p	
Ei oireita tai vaivaa	72,9	65,2	74,8	0,198	54,5	59,6	57,9	0,577	<b>0,001</b>	0,312	<b>0,003</b>	
Sydänoireet	1,4	2,3	0,0	0,273	5,0	3,2	1,2	0,108	0,077	0,625	0,236	
Hengenahdistus	2,9	2,3	0,8	0,507	0,5	3,7	1,2	<b>0,033</b>	0,058	0,463	0,785	
Kohonnut verenpaine	0,0	0,0	0,0	-	0,5	0,5	0,6	0,984	0,423	0,401	0,403	
Tuki- ja liikuntaelinten kiputilat	8,6	17,4	10,1	0,060	20,5	15,4	25,7	0,053	<b>0,003</b>	0,633	<b>0,001</b>	
Ruoansulatuskanavan oireet	1,4	5,3	3,4	0,205	4,5	4,8	1,2	0,122	0,108	0,835	0,197	
Virtsavaivat	1,4	0,0	0,8	0,400	1,4	0,5	0,0	0,258	0,959	0,401	0,230	
Huimaus ja muut neurol. oireet	3,6	0,8	0,8	0,140	3,6	2,7	1,8	0,527	0,974	0,217	0,512	
Päänsärky	0,7	1,5	1,7	0,754	1,8	3,2	3,5	0,545	0,383	0,344	0,350	
Kuulon heikentyminen	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	
Näön heikentyminen	0,0	0,0	0,0	-	1,4	0,5	0,0	0,258	0,165	0,401	-	
Väsymys, masennus, voimattomuus	0,7	0,0	1,7	0,312	4,1	1,6	2,9	0,330	0,057	0,145	0,497	
Unettomuus	0,7	0,0	2,5	0,127	3,2	0,0	2,9	0,052	0,122	-	0,837	
Muistin heikkous	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	
Muut oireet tai vaivat <sup>a</sup>	9,3	12,9	6,7	0,253	11,9	14,9	11,1	0,511	0,442	0,610	0,206	

<sup>a</sup> Sisältää ummetuksen, muut ulostamisvaivat, jalkojen palelun, flunssan ja vilustumisen, nuhan sekä muut oireet tai vaivat. Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa osoittautui, että vuosien 1988 ja 2004 kohorttien naisilla oli oireita merkitsevästi enemmän kuin miehillä. He raportoivat miehiä useammin etenkin tuki- ja liikuntaelinten kiputiloja.

Noin joka kolmas tutkituista miehistä ja naisista ilmoitti vuosina 1988 ja 1996, ettei heillä ole käytössä yhtään lääkärin määräämää lääkettä. Vuonna 2004 ilman lääkärin määräämää lääkitystä oli vain joka viides tutkittava (taulukko 3). Keskimäärin käytössä olevien lääkkeiden määrä lisääntyi sekä miehillä että naisilla tilastollisesti merkitsevästi vuonna 2004 edellisiin tutkimusvuosiin verrattuna. Vuosina 1988 ja 1996 tutkittavat käyttivät keskimäärin kahta lääkettä, kun vuonna 2004 määrä nousi 2,7:ään. Sydän- ja verisuonilääkkeitä käytti noin puolet tutkituista. Naisilla hengityselinsairauksien lääkkeiden käyttö lisääntyi merkitsevästi vuoden 1988 jälkeen. Kipu-, reuma- ja kuumeelääkkeiden käyttö väheni miehillä tilastollisesti merkitsevästi vuonna 2004 aiempiin tutkimusvuosiin verrattuna. Suun kautta otettavien naissukuhormonien käyttö oli vuosina 1996 ja 2004 runsaampaa kuin vuonna 1988 mutta oli kuitenkin vuoden 2004 kohortin naisilla vähäisempää verrattuna vuoden 1996 kohortin hormonien käyttöön. Noin joka kymmenes nainen käytti näitä valmisteita vuonna 2004. Naiset käyttivät vuonna 2004 miehiä merkitsevästi enemmän hengityselinsairauksien lääkkeitä sekä kipu-, reuma- ja kuumeelääkkeitä.

Naiset käyttävät miehiä enemmän vitamiineja ja/tai hivenaineita kaikkina tutkimusvuosina. Näiden valmisteiden käyttö oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää vuonna 2004 tutkitun kohortin miehillä ja naisilla aiempiin kohortteihin verrattuna. Vuonna 2004 puolet miehistä ja kolme neljäsosaa naisista käytti vitamiineja ja/tai hivenaineita (taulukko 3).

Vuoden 2004 kohorttiin kuuluvat miehet arvioivat terveytensä paremmaksi kuin aiemmin haastateltujen kohorttien miehet: yli puolet arvioi terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi, kun vastaavat osuudet olivat 40 % vuonna 1988 ja 37 % vuonna 1996. Huonoksi terveytensä kokevien määrä oli pienempi sekä vuonna 1996 että vuonna 2004 vuoden 1988 kohorttiin verrattuna. Naisista terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi kokeneiden osuus oli vuosina 1996 ja 2004 korkeampi vuoden 1988 aineistoon verrattuna. Huonoksi terveytensä kokeneiden määrä väheni seitsemään %:iin vuonna 2004 (kuvio 1). Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa tilastollisesti merkitsevää eroa oli vain vuonna 1988 ( $p = 0,045$ ); tuolloin miehet arvioivat naisia useammin terveytensä hyväksi tai huonoksi ja naisista puolet arvioi terveytensä keskinkertaiseksi.

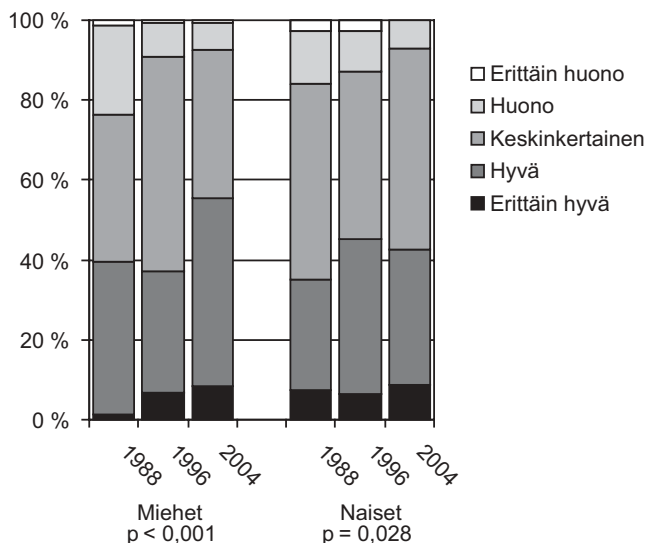
Niiden henkilöiden osuus, jotka kokivat terveysongelmien rajoittavan paljon tai erittäin paljon harrastusmahdollisuuksiaan, pieneni kahdella jälkimmäisellä tutkimuskeralla sekä miehillä että naisilla. Vastaavasti lisääntyi niiden osuus, jotka eivät kokeneet terveysongelmien rajoittavan harrastusmahdollisuuksiaan (kuvio 2).

**Taulukko 3.** Reseptilääkkeiden käyttö 65–69-vuotiailla iiväskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Lääke	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 171)	p	1988 p	1996 p	2004 p	
Ei lääkitystä	35,0	34,8	21,0	<b>0,023</b>	31,8	29,4	17,0	<b>0,003</b>	0,532	0,304	0,384	
Sydän- ja verisuonisair. lääkkeet	43,6	45,5	55,5	0,129	44,1	39,6	49,1	0,192	0,923	0,294	0,288	
Hengityselinten sair. lääkkeet	11,4	7,6	6,7	0,348	5,9	14,4	15,2	<b>0,005</b>	0,061	0,059	<b>0,027</b>	
Ruoansulatuselinten sairauksien lääkkeet	5,7	7,6	10,1	0,420	9,5	7,0	8,2	0,638	0,193	0,832	0,578	
Psykyen lääkkeet	7,1	10,6	10,9	0,502	11,8	13,9	18,1	0,206	0,149	0,381	0,093	
Sokeritautien lääkkeet	4,3	6,1	7,6	0,533	5,9	3,2	7,6	0,183	0,502	0,221	0,990	
Kipu-, reuma- ja kuumelääkkeet	19,3	19,7	8,4	<b>0,023</b>	23,2	20,9	18,1	0,476	0,382	0,800	<b>0,019</b>	
Elektrolyyttivalmisteet	2,9	1,5	0,0	0,176	4,5	3,7	0,6	0,068	0,419	0,237	0,403	
Glaukoomalääkkeet	0,7	1,5	4,2	0,123	1,8	2,7	2,3	0,841	0,383	0,487	0,368	
Naissukupuuhormonit (suun kautta)	-	-	-	-	2,7	14,4	9,9	<b>0,001</b>	-	-	-	
Vitamiinit ja hivenaineet	37,9	28,8	52,1	<b>0,001</b>	57,3	56,7	74,0	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	

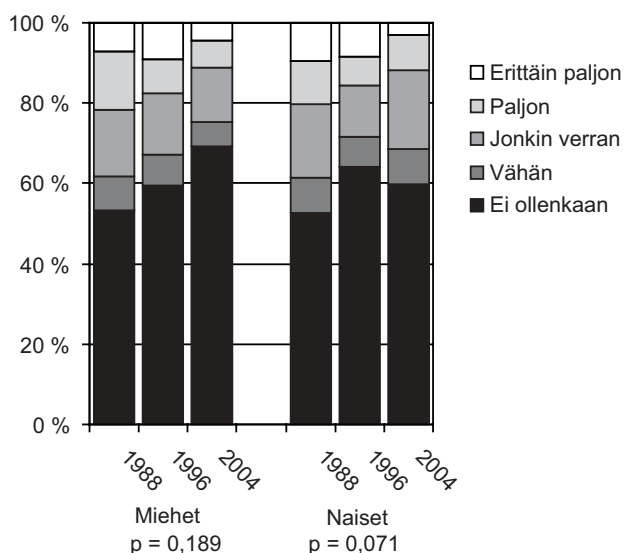
Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Kuvio 1.** Koettu terveys 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.



Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kolmiluokkaisina: 1 = hyvä (erittäin hyvä + hyvä), 2 = keskinkertainen ja 3 = huono (huono + erittäin huono). Sukupuolten väliset erot: vuonna 1988  $p = 0,045$ ; vuonna 1996  $p = 0,109$  ja vuonna 2004  $p = 0,066$ .

**Kuvio 2.** Harrastuksia rajoittavien terveysongelmien määrä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

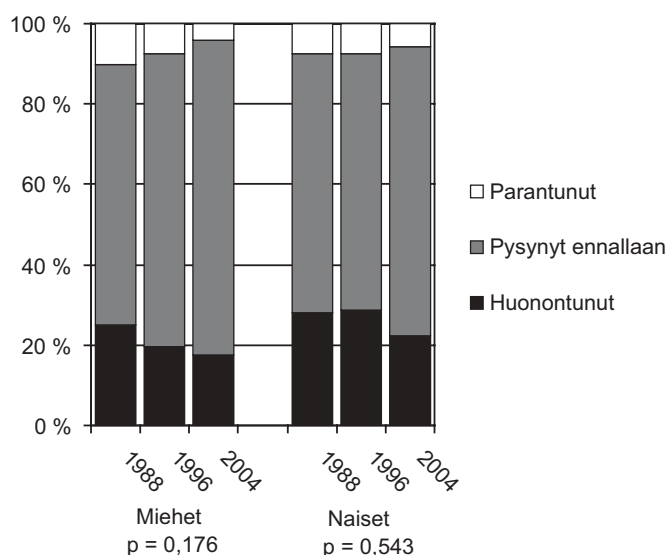


Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kolmiluokkaisina: 1 = paljon (erittäin paljon + paljon), 2 = jonkin verran ja 3 = vähän (vähän + ei ollenkaan). Sukupuolten väliset erot: vuonna 1988  $p = 0,888$ ; vuonna 1996  $p = 0,688$  ja vuonna 2004  $p = 0,400$ .



Myöhemmin syntyneiden kohorttien tutkituista kasvava osa arvioi terveydentilansa pysyneen ennallaan haastattelua edeltäneen vuoden aikana. Vastaavasti terveydentilansa huonontuneeksi tai parantuneeksi arvioineiden osuudet pienenivät. Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 3).

**Kuvio 3.** Arvio terveydentilan muutoksesta haastattelua edeltäneen vuoden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.



Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä. Sukupuolten väliset erot: vuonna 1988  $p = 0,580$ ; vuonna 1996  $p = 0,179$  ja vuonna 2004  $p = 0,467$ .

Haastattelussa kysyttiin, miten vastaaja arvioi selviytyvänsä muutamista fyysisistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Miehillä ilman vaikeuksia selviytyvien osuus lisääntyi kuu-dentoista vuoden aikana tilastollisesti merkitsevästi seitsemässä tehtävässä kahdeksasta (taulukko 4). Naisilla vaikeuksia ilmoittaneiden osuus oli kahdessa viimeksi tutkitussa kohortissa tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin ensimmäisessä kohortissa viidessä tehtävässä kahdeksasta. Vaikeuksitta fyysisistä tehtävistä selviytyvien osuus lisääntyi suhteellisen tasaisesti tutkimuskerrasta toiseen. Miehillä suurin muutos oli nähtävissä vähintään sadan metrin juoksemisessa, josta ilman vaikeuksia ilmoitti selviytyvänsä 49 % vuonna 1988, 55 % vuonna 1996 ja 74 % vuonna 2004. Naisilla ilman vaikeuksia fyysisistä tehtävistä selviytyvien osuus kasvoi eniten vähintään kahden kilometrin hiihtämisessä, josta ilman vaikeuksia ilmoitti selviävänsä 58 % vuonna 1988, 61 % vuonna 1996 ja 81 % vuonna 2004. Vähintään sadan metrin juokseminen oli tehtävä, jossa vaikeuksitta selviytyvien osuudet olivat pienimmät eri mittauskerroilla molemmilla sukupuolilla. Merkitseviä eroja sukupuolten välillä oli viidessä tehtävässä miesten eduksi.

**Taulukko 4.** Oman arvionsa mukaan ilman vaikeuksia fyysisistä ponnisteluja vaativista tehtävistä selviytyvien 65–69-vuotiaiden jyväsikälisten miesten ja naisten osuudet vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Tehtävä	Miehet				Naiset				Sukupuollierot			
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p
	(n = 117–140)	(n = 113–132)	(n = 109–119)		(n = 151–220)	(n = 143–186)	(n = 155–172)		p	p	p	
Portaiden nousu (1 kerrosväli levähtämättä)	85,7	91,7	95,8	<b>0,018</b>	81,8	85,3	92,4	<b>0,010</b>	0,334	0,087	0,243	
Yhtäjaksoinen kävely (vähintään 2 km)	78,4	86,4	92,4	<b>0,006</b>	74,7	79,6	87,8	<b>0,005</b>	0,417	0,117	0,200	
Juokseminen (vähintään 100 m)	49,2	54,5	74,1	<b>&lt; 0,001</b>	41,0	47,9	53,8	0,063	0,165	0,268	<b>0,001</b>	
Taakan (10 kg) nosto lattialta pöydälle	91,1	93,8	97,5	0,102	76,1	79,0	80,5	0,561	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	
Metsässä liikkuminen	76,7	77,1	91,5	<b>0,003</b>	67,8	73,6	84,0	<b>0,001</b>	0,074	0,482	0,062	
Polkupyörällä ajo (vähintään 1 km)	86,1	80,2	94,9	<b>0,003</b>	69,6	71,1	78,6	0,143	<b>0,001</b>	0,084	<b>&lt; 0,001</b>	
Hiihtäminen (vähintään 2 km)	72,6	77,0	94,5	<b>&lt; 0,001</b>	57,6	60,8	81,4	<b>&lt; 0,001</b>	<b>0,011</b>	<b>0,006</b>	<b>0,002</b>	
Uiminen (vähintään 25 m)	77,6	85,6	90,2	<b>0,026</b>	71,7	71,5	84,5	<b>0,009</b>	0,259	<b>0,006</b>	0,176	

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Päivittäisissä perustoiminnoissa (PADL) ilman vaikeuksia selviytyvien osuudet olivat suhteellisen korkeat kaikilla tutkimuskerroilla. Osuudet olivat pienimmät ulkona ja portaissa liikkumisessa (80,2–93,3 %) sekä varpaankynsien leikkaamisessa (82,9–91,6 %) molemmilla sukupuolilla. Miehillä kohorttien välillä oli tilastollisesti merkitsevää eroa niin, että viimeisellä tutkimuskerralla ilman vaikeuksia selviytyvien osuudet olivat aikaisempia tutkimuskertoja suuremmat ulkona ja portaissa liikkumisessa. Naisilla ei tilastollisesti merkitseviä eroja havaittu. Tilastollisesti merkitseviä sukupuolieroja oli vähän (taulukko 5).

Tutkituista henkilöistä noin yhdeksän kymmenestä selviytyi myös asioiden hoitamiseen liittyvistä tehtävistä (IADL) ilman vaikeuksia, poikkeuksena raskaat taloustyöt, joista selviytyvien osuus oli pienempi (taulukko 6). Vuonna 1988 raskaista taloustöistä ilmoitti selviytyvänsä vaikeuksitta 69,4 % miehistä ja 50,7 % naisista. Vuoden 1996 tutkimuksessa osuus oli miehillä 83,8 % ja naisilla 70,1 % ja vuoden 2004 tutkimuksessa miehillä 92,4 % ja naisilla 73,3 %. Kohorttierot olivat tilastollisesti merkitsevät molemmilla sukupuolilla, ja lisäksi sukupuolten välinen ero oli merkitsevä jokaisella haastattelukerralla. Tilastollisesti merkitseviä eroja kahden myöhäisemmän kohortin hyväksi oli myös pyykinpesussa ja kaupassa käynnissä miehillä ja naisilla. Lisäksi merkitseviä kohorttieroja oli molemmilla sukupuolilla niiden henkilöiden osuuksissa, jotka eivät ilmoittaneet vaikeuksia missään asioiden hoitamiseen liittyvässä toiminnossa. Vuonna 2004 miehistä 81,9 % ja naisista 68,8 % ilmoitti selviytyvänsä kaikista IADL-toiminnoista vaikeuksitta.

Kun PADL- ja IADL-toiminnot yhdistettiin, havaittiin, että henkilöitä, joilla ei ollut vaikeuksia missään päivittäisissä toiminnoissa, oli vuoden 1988 kohortissa miehistä 56,0 % ja naisista 42,1 %, vuoden 1996 kohortissa miehistä 72,2 % ja naisista 64,1 % ja vuoden 2004 kohortissa miehistä 77,6 % ja naisista 66,1 %. Kohorttien väliset erot olivat merkitsevät sekä miehillä ( $p = 0,001$ ) että naisilla ( $p < 0,001$ ). Sukupuolten välinen ero oli merkitsevä vuonna 1988 ( $p = 0,016$ ) ja 2004 ( $p = 0,036$ ) mutta ei vuonna 1996 ( $p = 0,149$ ).

**Taulukko 5.** Vaikeuksitta päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) selviytyneiden 65–69-vuotiaiden jyväsikäikäisten miesten ja naisten osuudet vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiversailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p
	(n = 134)	(n = 131)	(n = 119)		(n = 212)	(n = 187)	(n = 170–172)		p	p	p	
PADL-toiminto												
WC-toiminnot	100,0	98,5	98,3	0,336	98,6	96,3	99,4	0,074	0,167	0,241	0,361	
Syöminen	99,3	99,2	99,2	0,996	98,6	100,0	99,4	0,233	0,571	0,231	0,793	
Peseytyminen	95,5	95,4	97,5	0,643	97,2	94,7	95,3	0,430	0,415	0,758	0,349	
Vuoteeseen meno ja sieltä nouseminen	95,5	96,9	98,3	0,442	89,6	91,4	93,6	0,383	<b>0,050</b>	<b>0,047</b>	0,056	
Pukeutuminen	94,0	94,7	96,6	0,613	92,9	92,0	96,5	0,178	0,688	0,354	0,953	
Sisällä liikkuminen	94,0	96,2	95,8	0,678	96,2	95,2	95,9	0,870	0,343	0,670	0,956	
Ulkona liikkuminen	81,3	87,0	92,4	<b>0,034</b>	80,2	84,0	87,1	0,187	0,791	0,448	0,151	
Portaissa liikkuminen	-	85,5	93,3	<b>0,048</b>	-	81,3	83,1	0,646	-	0,325	<b>0,011</b>	
Varpaankynsien leikkaaminen	90,3	84,0	91,6	0,122	83,5	82,9	89,5	0,155	0,074	0,799	0,547	
Mikä tahansa PADL-toiminto	76,1	78,6	88,2	<b>0,039</b>	70,8	75,4	80,6	0,086	0,274	0,503	0,083	

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 6.** Vaikeuksitta asioiden hoitamisesta (IADL) selviytyneiden 65–69-vuotiaiden iäväskylälaisten miesten ja naisten osuudet vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiversailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p
	(n = 116–134)	(n = 115–131)	(n = 116–119)		(n = 203–213)	(n = 181–187)	(n = 170–172)		p	p	p	
IADL-toiminto	93,3	91,6	96,6	0,250	95,3	93,0	95,9	0,427	0,420	0,631	0,775	
Lääkkeiden annostelu ja ottaminen	96,8	100,0	95,8	0,088	99,5	98,9	99,4	0,755	<b>0,049</b>	0,249	<b>0,033</b>	
Puhelimen käyttö	93,0	93,0	94,1	0,925	95,3	94,1	96,5	0,558	0,362	0,690	0,323	
Ruoanvalmistus	92,5	92,4	96,6	0,292	93,0	95,2	95,3	0,509	0,883	0,296	0,586	
Kevyet taloustyöt	97,0	95,4	94,9	0,680	88,5	95,7	93,5	<b>0,022</b>	<b>0,005</b>	0,921	0,624	
Raha-asioiden hoito	87,5	94,4	95,8	<b>0,030</b>	93,4	95,2	98,8	<b>0,034</b>	0,061	0,766	0,094	
Pyökinpesu	91,8	90,1	96,6	0,121	91,5	90,3	93,0	0,655	0,927	0,942	0,183	
Julkisten kulkuvälineiden käyttö	90,3	90,8	98,3	<b>0,023</b>	83,1	91,4	90,7	<b>0,017</b>	0,061	0,852	<b>0,008</b>	
Kaupassakäynti	69,4	83,8	92,4	<b>0,001</b>	50,7	70,1	73,3	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>	
Raskaat taloustyöt	56,9	78,3	81,9	<b>0,001</b>	44,8	68,0	68,8	<b>0,001</b>	<b>0,038</b>	<b>0,054</b>	<b>0,013</b>	
Mikä tahansa IADL-toiminto												

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

#### 4 POHDINTA

Kun tutkittavien terveydentilaa arvioitiin sen perusteella, paljonko heillä oli pitkäaikaissairauksia, arkielämää häiritseviä oireita sekä lääkkeiden käyttöä, ei kolmen eri 65–69-vuotiaiden ikäkohortin välillä ollut suuria eroja. Samansuuntaisia tuloksia on todettu myös aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa, mm. tamperelaisten 65–69-vuotiaiden tutkimuksissa vuosina 1979 ja 1989 (Jylhä ym. 1992). Ikäkohorttien samankaltaisuudesta huolimatta oli kuitenkin havaittavissa joitakin merkittäviä eroja pitkäaikaissairauksien kohdalla: miehillä olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet vähentyneet ja naisilla krooniset keuhkosairaudet, syöpä ja mielenterveyden häiriöt lisääntyneet 16 vuoden aikana. Lisäksi vuonna 2004 tutkitussa kohortissa niiden henkilöiden osuus, jotka eivät käyttäneet reseptilääkkeitä, pieneni huomattavasti. Koetussa terveydessä ja itse ilmoitetussa toimintakyvyssä sen sijaan oli havaittavissa paranemista myöhemmissä kohorteissa. Huonoksi terveytensä arvioineiden määrä väheni kahdessa myöhemmässä kohortissa, ja erityisesti miehillä hyväksi tai erittäin hyväksi terveytensä arvioineiden määrä lisäytyi huomattavasti. Tämän tutkimuksen terveydentilaa ja toimintakykyä koskevat tulokset voidaan katsoa olevan yleistettävissä 65–69-vuotiaisiin kaupungeissa asuviin suomalaisiin henkilöihin, sillä ne ovat pääsääntöisesti samansuuntaisia muiden suomalaisten tutkimustulosten kanssa.

Tutkittavilla oli keskimäärin kaksi pitkäaikaissairautta ja 2–3 lääkärin määräämää lääkettä. Sydän- ja verisuonisairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet säilyttivät valta-asemansa yleisimpinä sairausryhminä, joskin miehillä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet selvästi vähenivät 16 vuoden aikana. Myös Terveys 2000 -tutkimuksessa todettiin tuki- ja liikuntaelintöiden terveyden kohentuneen suomalaisilla 20 vuoden aikana (Aromaa ym. 2002). Sydän- ja verisuonisairauksien suuri osuus ja kasvu edellisiin kohortteihin verrattuna selittyvät usealla mekanismilla. Yhtenä syynä voitaneen pitää sitä, että kiinnostus omaa terveydentilaa kohtaan on kasvanut sekä samanaikaisesti terveysinformaation saatavuus mm. Internetin välityksellä on tullut helpommaksi. Tämän lisäksi sairauksien diagnostiikka on parantunut ja hoitosuositukset ovat muuttuneet. Esimerkiksi normaalin kolesterolitason tavoiterajat ovat alentuneet, minkä seurauksena sydän- ja verisuonisairauksien merkittävä riskitekijä, hyperkolesterolemia, on yhä tavallisempi diagnoosi. Sama ilmiö koskee myös kansantautiamme verenpainetautia. Yksi todennäköinen selitys naisten kroonisten keuhkosairauksien lisääntymiselle on tupakoinnin yleistyminen. Diabeteksen esiintyvyys oli matala muihin tutkimuksiin verrattuna, ja lisäksi se aleni miehillä vuonna 2004. Terveys 2000 -tutkimuksessa 12 % yli 65-vuotiaista miehistä ja naisista raportoi sairastavansa diabetesta (Aromaa ym. 2002). On myös arvioitu, että yli 70-vuotiailla suomalaisilla diabeteksen diagnosoitu esiintyvyys on 17 % ja tämän lisäksi 9 %:lla tautia ei ole diagnosoitu (Hiltunen ym. 1994). Havaitut erot selittynevät kuitenkin tutkimusmenetelmien ja -aineistojen eroilla.

Käsillä olevassa kohorttivertailututkimuksessa syöpäsairaudet ja mielenterveyden häiriöt olivat yleisempiä vuoden 2004 tutkimuksessa kuin aiemmissa kohorteissa. Mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet merkittävästi viime aikoina, ja ne ovat nykyisin suu-

rin työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisen syy (Kela 2005). Syöpäsairauksien osuuden kasvu johtuu miehillä mm. eturauhassyövästä, jonka tasainen yleistyminen viimeisten viiden vuosikymmenen aikana kääntyi jyrkempään nousuun 1990-luvulla. Muista yleisimmistä syöpäsairauksista ruokatorven syövän, ihomelanooman ja aivojen sekä hermoston syöpien ilmaantuvuus on lisääntynyt viimeisen 10 vuoden aikana. Naisilla puolestaan rintasyövän sekä aivojen ja hermoston syöpien ilmaantuvuus on jatkanut tasaisesti kasvuaan 2000-luvulle asti. Muista yleisimmistä syöivistä mm. keuhko- ja kohdunrungon syövän ilmaantuvuus lisääntyi 1990-luvun loppupuolelle asti, jonka jälkeen niiden määrä on alkanut pienetä (Suomen Syöpärekisteri 2005).

Sairauksien määrä riippuu palvelujen saatavuudesta ja käytöstä. Diagnooseja tehdään sitä enemmän, mitä enemmän palveluja käytetään. Sairauksien havaittuun yleisyyteen vaikuttaa lisäksi kasvava tietoisuus, johon jo edellä viitattiin. Myös uusien lääkkeiden voimakas markkinointi saattaa lisätä sairauksien diagnosointia. Näin on havaittu tapahtuneen mm. psyykkisten sairauksien kohdalla. Toisaalta masennus on jäänyt aiemmin osin tunnistamatta ja vasta viime aikoina sitä on alettu pitää suurena terveysongelmana (Arinen ym. 1998). Tämän tutkimuksen perusteella on mahdotonta sanoa, kuinka paljon kysymyksessä on todella sairastuvuuden kasvu ja mikä on sairauden herkempiä määritellyksi tuloa. Lisäksi tuloksia arvioitaessa on huomioitava, että tiedot ovat tutkittavien itse raportoimia.

Vuoden 2004 kohortissa reseptilääkkeiden käyttäjien määrä oli merkitsevästi aiempaa suurempi molemmilla sukupuolilla, vaikkei sairauksien yleisyydessä ole tapahtunut merkitsevää muutosta jälkimmäisissä kohorteissa. Samansuuntainen kehitys havaittiin myös Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksessa vuosien 1993 ja 2003 välisenä aikana (Sulander ym. 2004). Käsillä olevassa tutkimuksessa vuosina 1988 ja 1996 tutkittujen kohorttien välillä sen sijaan ei tapahtunut muutosta, kuten todettiin myös Terveystutkimuksen väestötutkimuksessa 65–74-vuotiailla vuosien 1987 ja 1995/96 välillä (Arinen ym. 1998) ja tamperelaisten 65–69-vuotiaiden kohorttivertailututkimuksessa vuosina 1979 ja 1989 (Jylhä ja Heikkinen 1993). Yksi selitys lääkityksen käyttäjien määrän yleisyyteen vuoden 2004 kohortissa on niin sanotun ennaltaehkäisevän lääkityksen yleistymisen. Tämä koskee erityisesti sydän- ja verisuonisairauksia, joiden primaari- ja sekundaaripreventioon on viime vuosina alettu kiinnittää erityistä huomiota. Tämän lisäksi edellä mainitut hoitosuosituksissa tapahtuneet muutokset ja tavoitetasojen aleneminen ovat lisänneet useiden lääkeaineiden kulutusta. Naisilla hengityselinten sairauksien lääkitystä käyttävien määrä oli suurin vuosien 1996 ja 2004 kohorteissa, mikä on seurausta kroonisten keuhkosairauksien yleistymisestä. Lisäksi muutoista voi selittää se, että lääkäreiden koulutuksessa on painotettu varhaisen inhaloitavan kortikosteroidihoidon etuja. Arkielämää haittaavien hengenahdistusoireiden väheneminen puolestaan voi johtua lääkityksen käytön yleistymisestä ja paranemisesta. Miehillä tuki- ja liikuntaelinsairauksien määrän väheneminen näkyy myös kipu-, kuume- ja reumalääkkeiden käytön huomattavana vähenemisenä.

Vitamiinien ja hivenaineiden käyttö näyttää jatkavan reipasta kasvuaan; 16 vuoden aikana niiden käyttäjämäärä lisääntyi noin puolitoistakertaiseksi. Vuonna 2004 naisista kolme neljäsosaa ja miehistä joka toinen käytti vitamiineja ja/tai hivenainevalmisteita. Samansuuntainen kasvava trendi vitamiinien käytössä havaittiin Terveystutkimuksen väestötutkimuksessa vuosina 1987 ja 1995/96 (Arinen ym. 1998).

Itse arvioidun terveyden kohorttieroja vanhemmissa ikäryhmissä on tutkittu melko vähän. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin useimpien aiempien suomalaisten kohorttivelvollutkimusten tulokset: myöhemmin tutkitut kohortit arvioivat terveytensä paremmaksi kuin aiemmin tutkitut (Jylhä ja Heikkinen 1993; Pohjolainen ym. 1997; Arinen ym. 1998; Sulander ym. 2001 ja 2004; Aromaa ym. 2002). Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitava, että terveyden arviointi subjektiivisena kokemuksena on tilannesidonnainen ja perustuu moniin tekijöihin. Toimintakyky on yksi merkittävimmistä itse arvioitua terveyttä määrittävistä tekijöistä (Leinonen ym. 2001), ja yksi todennäköinen syy itse arvioidun terveyden paranemiseen viime vuosikymmenien aikana on toimintakyvyn paraneminen. Vertailuajankohtien välillä on myös voinut tapahtua huomattavia muutoksia siinä, kuinka terveys ymmärretään ja mitä tekijöitä sisällytetään terveysarvioon.

Itse ilmoitettu toimintakyky oli 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä jossain määrin parempi vuonna 1996 ja erityisesti vuonna 2004 tutkitulla kohortilla verrattuna ensimmäiseen, vuonna 1988 tutkittuun kohorttiin. Erot olivat selvimmät fyysistä ponnistelua vaativissa liikkumistehtävissä, joissa ilman vaikeuksia selviytyvien osuudet olivat ylipäättään pienemmät kuin päivittäisissä toiminnoissa. Myönteistä kehitystä oli nähtävissä selvästi myös asioiden hoitamisessa, kun taas päivittäisissä perustoiminnoissa kohorttien väliset erot olivat vähäisiä. Tämä johtunee siitä, että lähes kaikki selviytyivät tässä ikävaiheessa kyseisistä toiminnoista. Tulokset ovat samansuuntaisia sekä eräiden ulkomaisten että aikaisempien suomalaisten tutkimusten kanssa (Freedman ja Martin 1998; Ahacic ym. 2000; Manton ja Gu 2001; Pitkälä ym. 2001; Aromaa ym. 2002).

Sytä toimintakyvyn positiiviseen kehitykseen ja toiminnanvajauksien vähenemiseen väestötasolla on todennäköisesti useita. Yksi syy lienee se, että terveyspalvelut ovat parantuneet, mihin liittyy pitkäaikaissairauksien aikaisempi diagnosointi ja tehokkaampi hoito (Freedman ja Martin 2000). Toisaalta muutokset joidenkin sairauksien esiintyvyydessä voivat näkyä myös toimintakyvyssä. Esimerkiksi polven nivelrikon esiintyvyys väheni Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 20 vuoden kuluessa iäkkäillä naisilla (Aromaa ym. 2002). Iäkkäiden ihmisten parantuneella sosiaalis-taloudellisella asemalla on todennäköisesti myös vaikutusta (Cutler 2001). Sosiaalis-taloudellisen aseman paraneminen näkyy nyt tutkimuksen kohteena olleessa väestössäkin (ks. Rautio ja Lampinen tässä julkaisussa). Jotkin elintapamuutokset (esimerkiksi ruokailutottumusten muutos vähärasvaisemmaksi ja liikunnan lisääminen) vaikuttavat edullisesti toimintakykyyn tai ehkäisevät taustalla olevia sairauksia (Cutler 2001; Aromaa ym. 2002).



Käsillä olevassa raportissa verrataan kolmea jyväskyläläistä 65–69-vuotiaasta ikäkohorttia: vuosina 1919–1923, 1927–1931 sekä 1935–1939 syntyneitä. Kohortit ovat siinä mielessä samankaltaisia, että kaikki ovat läpikäyneet sotavuodet 1939–1944. Sotakokemukset ovat toki erilaisia: ensimmäisen kohortin edustajat olivat palvelusikäisiä ja viimeisen alle 10-vuotiaita. Myöhäisimmän kohortin tekee kuitenkin mielenkiintoiseksi se, että tämä ikäryhmä on kokenut yhteiskunnan nopeaan muutokseen liittyvät positiiviset ja negatiiviset puolet jo varsin nuorina ja myös työikäisinä. Positiivisiin seikkoihin voidaan lukea esimerkiksi lääketieteen nopea kehittyminen 1900-luvun toisella puoliskolla ja siihen liittyvä terveyskasvatuksen lisääntyminen ja, toivottavasti, terveemmät elintavat. Toisaalta kohonneeseen elintasoon liittyvät lieveilmiöt, kuten päihteiden käytön lisääntyminen sekä fyysinen passivoituminen, saattavat huonontaa tämän kohortin terveydentilaa.

Terveys ja toimintakyky ovat tärkeitä elämänlaatua ja elämään tyytyväisyyttä määrittäviä tekijöitä. Yhteiskunnan kannalta näiden tekijöiden merkitys kasvaa entisestään väestön ikääntyessä. Terveiden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen tähtääviä toimenpiteitä tulee kehittää, jotta ihmiset säilyttävät omatoimisuutensa ja itsenäisyytensä mahdollisimman myöhäiseen ikään. Tämä kolmen samanikäisen kohortin tutkiminen eri ajankohtina antoi mahdollisuuden selvittää terveyden, toimintakyvyn ja lääkkeiden käytön trendejä. Tulokset osoittivat, että toimintakyvyn kehityssuunta näyttää positiiviselta. Sairauksien kehitys on ollut kaksijakoista; osa sairauksista näyttää lisääntyneen ja osa puolestaan vähentyneen. Ihmisten kokemukset terveydentilastaan ovat kuitenkin muuttuneet myönteisemmiksi viime vuosikymmenien aikana. Mikäli havaittu positiivinen kehitys jatkuu, merkitsee se parempaa itsenäistä selviytymistä ja mahdollisuutta aktiiviseen elämäntapaan sekä kohenevaa elämänlaatua. Mikäli samansuuntaista kehitystä tapahtuu myös vanhemmissa ikäryhmissä, merkitsee se sitä, että tarve saada lisää voimavaroja vanhustenhuoltoon ei kasva samassa suhteessa kuin väestö ikääntyy.

## KIRJALLISUUS

Ahacic K, Parker MG, Thorslund M. Mobility limitations in the Swedish population from 1968 to 1992: age, gender and social class differences. *Aging Clinical and Experimental Research* 2000; 12: 190–198.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 1998:5. Helsinki: Stakes, 1998.

Aromaa A, Koskinen S ja projektiryhmä. Terveiden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Julkaisussa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, 2002: 103–125.

Crimmins EM, Saito Y, Reynolds SL. Further evidence on recent trends in the prevalence and incidence of disability among older Americans from two sources: The LSOA and the NHIS. *Journal of Gerontology Social Sciences* 1997; 52B: S59–S71.

Cutler DM. The reduction in disability among the elderly. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2001; 98: 6546–6547.

Eurostat. Life expectancy by sex and age [viitattu 13.10.2005]. Saatavissa: <<http://europa.eu.int/en/comm/eurostat/serven/home.htm>>.

Freedman VA, Martin LG. Understanding trends in functional limitations among older Americans. *American Journal of Public Health* 1998; 88: 1457–1462.

Freedman VA, Martin LG. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 1755–1760.

Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States. A systematic review. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288: 3137–3146.

Hiltunen L, Luukkinen H, Koski K, Kivelä SL. Prevalence of diabetes mellitus in an elderly Finnish population. *Diabetic Medicine* 1994; 11: 241–249.

Jylhä M, Heikkinen E. Terveys, toimintakyky ja lääkkeiden käyttö. Julkaisussa: Jylhä M, toim. Vanhuusikä muutoksessa – kohorttitutkimus eläkeikäisten tamperelaisten terveydestä ja elämäntilanteesta vuosina 1979 ja 1989. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6, 1993.

Jylhä M, Jokela J, Tolvanen E, ym. The Tampere Longitudinal Study on Aging. Description of the study. Basic results on health and functional ability. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1992; (Suppl. 47): 41–49.

Kela. Sairauspäiväraha ja työkyvyttömyyseläketilastojen vertailu sairauden mukaan 2004 [viitattu 30.11.2005]. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/VKo4\\_03/\\$File/Sairausvakuutus\\_04.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/VKo4_03/$File/Sairausvakuutus_04.pdf?OpenElement)>.

Laukkanen P, Leinonen R, Sakari-Rantala R, Heikkinen E. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttierot 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnassa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 47–66.

Leinonen R, Jylhä M, Heikkinen E. A pattern of long-term predictors of self-rated health among older people. *Aging Clinical and Experimental Research* 2001; 13: 454–464.

Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 49: 443–449.

Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *National Academy of Sciences of the United States of America* 2001; 98: 6354–6359.

Manton KG, Corder LS, Stallard E. Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the U.S. elderly population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology Social Sciences* 1993; 48B: S153–S166.

Manton KG, Stallard E, Corder L. Changes in the age dependence of mortality and disability: cohort and other determinants. *Demography* 1997; 34: 135–157.

Pitkälä KH, Valvanne J, Kulp S, Strandberg TE, Tilvis RS. Secular trends in self-reported functioning, need for assistance and attitudes towards life: 10-year differences of three older cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society* 2001; 49: 596–600.

Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. Socio-economic status, health and life-style in two elderly cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; (Suppl. 5).

Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2003: 48–59.

Spiers N, Jagger C, Clarke M. Physical function and perceived health: cohort differences and interrelationships in older people. *Journal of Gerontology Social Sciences* 1996; 51B: S226–233.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2001 ja niiden muutokset 1993–2001. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17, 2001.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6, 2004.

Suomen Syöpärekisteri. Tilastot. Grafiikka syövän yleisyydestä. Ikävakioitu ilmaantuvuus miehillä 1953–2003 (yleisimmät syövät) [viitattu 30.11.2005]. Saatavissa: <<http://www.cancerregistry.fi/tilastot/3-14-91.html>>.

Tilastokeskus. Vastasyntyneiden elinajanodote 1751–2004 [viitattu 13.11.2006a]. Saatavissa: <[http://www.stat.fi/til/kuol/2004/kuol\\_2004-2005-06-01\\_tau\\_002.xls](http://www.stat.fi/til/kuol/2004/kuol_2004-2005-06-01_tau_002.xls)>.

Tilastokeskus. Väestönmuutokset ja väkiluku 1749–2005, koko maa [viitattu 13.11.2006b]. Saatavissa: <[http://pxweb2.stat.fi/temp/001\\_vamuu\\_003\\_1749\\_00120061113432042.xls](http://pxweb2.stat.fi/temp/001_vamuu_003_1749_00120061113432042.xls)>.

*Terttu Parkatti, Mikaela von Bonsdorff,  
Sirkka Karhula ja Jarmo Koski*

**TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUJEN KÄYTTÖ  
65–69-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ  
VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	69
SAMMANDRAG .....	70
ABSTRACT .....	71
1 JOHDANTO .....	72
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	72
3 TULOKSET .....	73
4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	79
KIRJALLISUUS .....	82

## Tiivistelmä

Parkatti T, Bonsdorff M von, Karhula S, Koski J. **Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiventailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 67–83.

Tässä tutkimuksessa vertailtiin kolmen 65–69-vuotiaan jyvaskyläläiskohortin terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Vuonna 1988 tavoitettavissa olleista haastateltiin 362 kotona asuvaa henkilöä (81 %), vuonna 1996 ja vuonna 2004 vastaavat luvut olivat 320 (80 %) ja 292 (73 %). Artikkelissa raportoidaan perusterveydenhuollon avohoitokäynnit, erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito, mielenterveyspalvelujen käyttö, yksityislääkäri- ja hammaslääkärikäynnit viimeksi kuluneen vuoden ajalta sekä kotipalvelujen käyttö. Lisäksi esitetään haastateltujen tyytyväisyys perusterveydenhuollon avopalveluihin sekä kokemus hoidon riittävydestä. Avohoitopalveluiden käyttö (lääkäri, sairaanhoitaja, hammaslääkäri ja laboratorio) lisääntyi vuosien 1988 ja 2004 välillä lukuun ottamatta fysioterapeutilla käyntejä. Keskussairaalan vuodeosastohoito vähentyi huomattavasti miehillä ja lisääntyi naisilla eron oltua tilastollisesti merkitsevä sukupuolten välillä vuonna 1988. Yksityislääkäripalvelujen käytössä ei ollut kohorttien välisiä eroja, mutta vuonna 1996 tutkitut naiset olivat käyttäneet palveluja useammin kuin miehet. Terveyspalveluihin oltiin yleisesti melko tyytyväisiä. Kaikkina tutkimusajankohtina noin kaksi kolmasosaa tutkittavista koki saaneensa riittävästi hoitoa sairauksiinsa ja oireisiinsa. Kotipalveluja käytettiin hyvin vähän, ja käyttö oli vähentymään päin.

**Avainsanat:** terveyspalvelujen käyttö, sosiaalipalvelujen käyttö, kohorttiventailututkimus, ikääntyvät ihmiset

## Sammandrag

Parkatti T, Bonsdorff M von, Karhula S, Koski J. **Användningen av social- och hälsovårdstjänster bland 65–69-åriga Jyväskyläbor 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. År 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 67–83.

I denna studie jämfördes hur tre kohorter av 65-69-åriga Jyväskyläbor anlitate social- och hälsovårdstjänster 1988, 1996 och 2004. År 1988 intervjuades 362 hemmaboende personer (81 % av dem som man kunde ha fått kontakt med), åren 1996 och 2004 var respektive siffror 320 (80 %) och 292 (73 %). I artikeln rapporteras besök i primärhälsovårdens öppenvård, vård på avdelningar inom den specialiserade sjukvården, mentalvård, besök hos privatläkare och tandläkare under det senaste året samt användningen av hemhjälp. Därtill presenteras i rapporten de intervjuades tillfredsställelse med primärhälsovårdens öppenvård och deras uppfattning om vårdens tillräcklighet. Antalet besök i öppen vård (hos läkare, sjuksköterska, tandläkare och laboratorium) hade ökat mellan 1988 och 2004 med undantag av besök hos fysioterapeut. Vård på centralsjukhusets avdelningar hade minskat avsevärt bland männen och ökat bland kvinnorna så att skillnaden mellan könen hade varit statistiskt signifikant 1988. När det gällde besök hos privatläkare fanns det inga skillnader mellan de olika kohorterna, kvinnorna hade dock vänt sig till privatläkare oftare än männen 1996. Generellt var de äldre ganska nöjda med hälsovårdsservicen. Vid alla undersökningstillfällen tyckte ungefär två tredjedelar av de undersökta att de hade fått tillräcklig vård för sina sjukdomar och symptom. Hemhjälp anlidades ganska litet och användningen av den tenderade att minska ytterligare.

**Nyckelord:** användning av hälsovårdstjänster, anlitage av socialservice, kohortundersökning, åldrande människor

## Abstract

Parkatti T, Bonsdorff M von, Karhula S, Koski J. **Utilisation of health and social care services among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 67–83.

In this study the utilisation of health care and social services of three 65–69-year-old cohorts was studied in 1988, 1996 and 2004. In 1988, 362 persons living at home, representing 81% of the eligible population, were interviewed. The corresponding figures in 1996 and 2004 were 320 (80%) and 292 (73%) respectively. Health centre visits, central hospital in-patient care, visits to a private doctor or dentist, psychiatric care, and the utilisation of home help services during the past 12 months were used to describe the use of health and social care services. Satisfaction of the elderly with the services and their availability is described as well. Primary care services (visits to a physician, nurse, dentist or laboratory) showed an increasing trend between 1988 and 2004, with the exception of physiotherapy. Central hospital in-patient care decreased substantially among men and increased among women, the difference between women and men having been statistically significant in 1988. While no cohort differences were found in the utilisation of private doctor services, they were used more widely by women than by men in 1996. Generally the cohorts were fairly satisfied with health care services, and about two thirds of respondents in all cohorts felt that they had received enough care for their diseases and symptoms. The utilisation of home help services was very low in the cohorts studied and showed a decreasing trend.

**Key words:** utilisation of health services, utilisation of social services, cohort comparison study, older people



## 1 JOHDANTO

Vuosina 1990–2002 sosiaali- ja terveystalvaeluihin ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnalliset muutokset. Tällaisia ovat olleet mm. muutokset ohjausjärjestelmässä, lainsäädännössä ja rahoituksessa (SVT 2003, 24). 1990-luvun alun lama vähensi palvelujen tarjontaa. Palvelujen tarpeen kasvua puolestaan on hidastanut iäkkäiden henkilöiden terveyden ja toimintakyvyn parantuminen (Häkkinen ym. 2002, 139). Toisaalta väestön absoluuttisen määrän kasvu viimeksi kuluneen 10 vuoden aikana on lisännyt palvelujen määrällistä tarvetta (Pitkälä 2004, 213).

Terveystalvaeluja tarkasteltaessa kuvataan yleensä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoitoa. Arinen ym. (1998) ovat vertailleet suomalaisien terveystalvaelujen käyttöä väestötasolla vuosina 1987 ja 1996. Tuona aikana perusterveydenhuollon lääkäriissä- ja hammashoidossakäynnit sekä terveydenhoitajan vastaanoton käyntimäärät olivat lisääntyneet 65–74-vuotiailla, kun taas fysikaalisessa hoidossa käyneiden määrä oli vähentynyt merkittävästi vuodesta 1987 vuoteen 1996. Sairaalahoido oli pysynyt lähes ennallaan (Arinen ym. 1998, 96–109). Vuosina 1994–2002 koko maan käsittävän sosiaali- ja terveystalvaeluja kuvaavan tutkimuksen mukaan oli 65–74-vuotiaiden perusterveydenhuollon lääkäriissäkäyntejä keskimäärin kolme käyntiä asiakasta kohti vuodessa. Sen sijaan iäkkäiden henkilöiden absoluuttiset ja väestöön suhteutetut asiakasmäärät ovat lisääntyneet vuodesta 1997 lähtien. (SVT 2003, 21–22, 68–69.)

Terveys- ja sosiaaltalvaelujen käyttö lisääntyy iän myötä (Pitkälä 2004, 213). Iäkkäiden ihmisten talvaelujen käyttöön liittyvät tutkimukset ovat kohdistuneet pääosin yli 75-vuotiaisiin henkilöihin (ks. Vaarama ym. 2004), eikä tutkimustuloksia 65–69-vuotiaiden ikäryhmästä ole tarjolla. Tämän tutkimuksen kohteena ovat 65–69-vuotiaat henkilöt kolmena eri ajankohtana, vuosina 1988, 1996 ja 2004. Artikkelissa käsitellään terveystalvaeluista perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäritalvaelujen käyttöä sekä sosiaaltalvaeluista kotihoidon käyttöä. Lisäksi artikkelissa esitetään tuloksia haastateltujen tyytyväisyydestä perusterveydenhuollon talvaeluihin ja heidän kokemuksiinsa siitä, miten riittävästi he olivat saaneet hoitoa sairauksiinsa ja oireisiinsa.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tämän kohorttitutkimuksen aineistot ja tutkimusasetelma on esitetty toisaalla tässä julkaisussa (Kauppinen ja Salo) ja talvaeluja koskevat kysymykset liitteessä 2.

Raportissa selvitetään *avoterveydenhuollon talvaeluista* käyntejä terveystalvaeluksen lääkäriissä ja sairaanhoitajan luona sekä käyntejä fysioterapiassa ja laboratoriossa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (kysymys 1). Tutkittavien mielipiteitä avoterveydenhuollon talvaeluista kartoitettiin haastattelulomakkeen kysymyksellä 2.

*Erikoissairaanhoidon palvelujen* käyttöä tutkittiin keskussairaalassa toteutuneen vuodeosastohoidon osalta viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (kysymys 7).

*Yksityispalveluista* tarkastelimme käyntejä yksityislääkärin luona viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (kysymys 12). Hammaslääkäriissäkäyntejä (sisältäen sekä yksityisen että terveystieteiden palvelut) kartoitettiin haastattelulomakkeen kysymyksellä 12.

*Mielenterveyspalvelujen* käyttöä terveystieteidenkeskuksessa, yksityisellä sektorilla, mielenterveystoimistossa ja sairaalan poliklinikalla selvitettiin kysymyksellä 41.

*Sosiaalipalveluista* selvitettiin kotihoidon palvelujen käyttöä haastattelulomakkeen kysymyksellä 47, jossa kysyttiin yhteensä 12 eri palvelun käyttöä.

Lisäksi selvitimme haastateltavien kokemusta terveystieteidenpalvelujen riittävydestä (kysymys 35). Perusterveydenhuollon vuodeosastohoitajakoja oli tutkitussa ikäryhmässä hyvin vähän, joten niitä ei käsitellä lainkaan tässä artikkelissa. Myöskään pitkäaikaista laitoshoidoa ei tässä esitetä, sillä se on harvinaista 65–69-vuotiaiden ikäryhmässä.

Palvelujen käyttöä kuvaavat kysymykset muutettiin kaksiluokkaisiksi (”olen käyttänyt/en ole käyttänyt palvelua”) lukuun ottamatta terveystieteidenkeskuslääkärillä ja sairaanhoitajalla käyntejä, joiden määrä ilmoitettiin kaksiluokkaisena (taulukko 1) ja jatkuvana muuttujana (taulukko 2). Lisäksi esitetään lääkärin ja sairaanhoitajan luona käyntien lukumäärä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

### 3 TULOKSET

Haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana terveystieteidenkeskuslääkärin vastaanotolla (taulukko 1) käynteiden miesten määrä oli vähän yli 60 % ja naisten noin 70 % vuosina 1988 ja 1996. Vuonna 2004 haastatelluilla lääkäriissäkäyntien määrä oli suurempi kuin aikaisempina mittaussajakohdina, mutta ero kohorttien välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Naisten ryhmässä oli kaikkina tutkimusajakohdina hieman enemmän kuin miesten ryhmässä niitä, jotka olivat käyneet viimeksi kuluneen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla. Naisilla oli myös lukumääräisesti hieman enemmän lääkäriissäkäyntejä kuin miehillä (taulukko 2).

Sairaanhoitajan luona käynneissä (taulukko 1) oli eroja kohorttien välillä siten, että myöhempiin kohortteihin kuuluneet henkilöt käyttivät sairaanhoitajan palveluja enemmän. Vuonna 1988 miehistä noin neljäsosalla ja naisista noin kolmasosalla oli sairaanhoitajan luona käyntejä haastattelua edeltäneen vuoden aikana ja vuonna 2004 noin puolella haastatelluista. Lukumäärät on esitetty taulukossa 2. Kohorttien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja naisilla ja miehillä. Parivertailu (Mannin ja Whitneyyn testi) osoitti eroja vuosien 1988 ja 1996 tutkimusajakohdienten välillä sekä naisten ( $p = 0,008$ ) että miesten ( $p = 0,003$ ) ryhmässä ja vuosien 1988 ja 2004 tutkimusajakohdienten välillä naisten ( $p = 0,001$ ) ja miesten ( $p = 0,002$ ) ryhmässä.

**Taulukko 1.** Terveyskeskuskäynnit viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet			p	Naiset			p	Sukupuolierot		
	1988 (n = 136)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119–118)		1988 (n = 212–213)	1996 (n = 185–186)	2004 (n = 171)		1988 p	1996 p	2004 p
Käyntikohde <sup>a</sup>											
Lääkäri	62,5	62,6	72,3	0,179	69,4	70,8	77,2	0,205	0,187	0,125	0,340
Sairaanhoitaja	25,7	38,2	50,5	<b>≤ 0,001</b>	32,4	43,8	55,0	<b>≤ 0,001</b>	0,185	0,318	0,405
Fysioterapia	11,0	0,8	5,9	<b>0,002</b>	12,7	5,4	8,2	<b>0,036</b>	0,645	<b>0,027</b>	0,468
Laboratorio	41,9	48,1	66,1	<b>≤ 0,001</b>	48,4	55,7	70,2	<b>≤ 0,001</b>	0,239	0,184	0,464

<sup>a</sup> Tilastollinen testaus suoritettu kaksiluokkaisille muuttujille: on käynyt/ ei ole käynyt.  
Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 2.** Lääkärissä ja sairaanhoitajan luona käyntien lukumäärä (keskiarvo) viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Terveyskeskus- käynnit	Miehet			Naiset			Sukupuolierot Mann ja Whitney
	1988	1996	2004	1988	1996	2004	p
<b>Lääkärissä</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	1,71	1,61	1,80	2,24	2,05	2,23	0,093
Keskihajonta	2,01	2,02	1,72	2,81	2,39	2,14	<u>1996</u>
n	136	131	119	212	185	171	<b>0,037</b>
							<u>2004</u>
Kruskal ja Wallis, p		0,240			0,414		0,126
<b>Sairaanhoitajalla</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	1,30	2,08	1,42	0,95	2,43	1,36	0,357
Keskihajonta	3,20	4,22	3,18	1,85	8,01	2,00	<u>1996</u>
n	136	131	118	213	185	171	0,528
							<u>2004</u>
Kruskal ja Wallis, p		<b>0,007</b>			<b>0,001</b>		0,566

Tilastolliset erot testattu kohorttien välillä Kruskalin ja Wallisin testillä ja sukupuolten välillä Mannin ja Whitneyn testillä.

Laboratoriopalveluja käyttäneiden määrä (taulukko 1) oli lisääntynyt erityisesti vuoden 1996 ja 2004 välillä sekä miesten että naisten ryhmässä, niin että kohorttien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä. Vuonna 1988 miehistä noin 40 % ja naisista lähes puolet oli käyttänyt laboratoriopalveluja tutkimusajankohtaa edeltäneen vuoden aikana. Vuonna 2004 haastatelluista näitä palveluja oli käyttänyt jo kaksi kolmasosaa miehistä ja 70 % naisista.

Taulukossa 1 on esitetty myös tiedot fysioterapeutin tai kuntohoitajan antamien fysioterapiapalveluiden käytöstä. Runsas 10 % haastatelluista käytti näitä palveluja vuonna 1988. Käyttö oli pienentynyt vajaaseen 1 %:iin miesten ja noin 5 %:iin naisten ryhmässä vuonna 1996 haastatelluilla. Vuonna 2004 fysioterapiapalvelujen käyttö taas oli hieman lisääntynyt mutta oli kuitenkin vähäisempää kuin vuonna 1988 haastatelluilla henkilöillä.

Perusterveydenhuollon avohoitopalveluihin oltiin yleisesti melko tyytyväisiä. Tyytyväisyys lääkäripalveluihin lisääntyi vuodesta 1988 vuoteen 2004 tyytymättömien osuuden vaihdellessa 4–8 %:n välillä. Sairaanhoitajan luona käyneistä miehistä kaikki olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja naisistakin vain muutama oli tyytymätön. Samoin fysioterapia- ja laboratoriopalveluihin oltiin muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta tyytyväisiä.

Taulukossa 3 on esitetty keskussairaalan vuodeosastolla haastattelua edeltäneen vuoden aikana hoidossa olleiden osuudet. Miesten ryhmässä määrä oli vuonna 2004 haastateltujen ryhmässä noin puolet pienempi kuin vuonna 1988 haastateltujen ryhmässä. Naiset olivat olleet vuosina 1988 ja 1996 miehiä harvemmin keskussairaalahoidossa. Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä vuonna 1988. Vuonna 2004 haastatelluilla naisilla puolestaan keskussairaalahoito oli yleisempää kuin samana ajankohtana haastatelluilla miehillä.

**Taulukko 3.** Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoito viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyväskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoja	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 130)	2004 (n = 118)	p	1988 (n = 212)	1996 (n = 185)	2004 (n = 171)	p	
Kyllä	24,3	26,9	12,7	0,016	11,8	20,0	17,5	0,073	1988 0,002
Ei	75,7	73,1	87,3		88,2	80,0	82,5		1996 0,150
									2004 0,265
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Yksityislääkarin luona käynneissä (taulukko 4) ei ollut merkittäviä eroja kohorttien eikä sukupuolten välillä. Käyntien määrä vaihteli hiukan 40 %:n molemmiin puolin sekä miesten että naisten ryhmässä.

Hammaslääkäripalvelujen käytössä oli tapahtunut merkittäviä muutoksia eri mittausajankohtien välillä (taulukko 5). Vuonna 1988 vajaa kolmasosa sekä miehistä että naisista oli käynyt hammaslääkarin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Vuoteen 2004 hammaslääkärikäynnit olivat lisääntyneet niin, että hieman vajaat 60 % sekä miesten että naisten ryhmistä oli käynyt hammaslääkarin vastaanotolla haastattelua edeltäneen vuoden aikana.

**Taulukko 4.** Yksityislääkäriissäkäynnit viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Yksityis- lääkäriissä- käyntejä	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 213)	1996 (n = 186)	2004 (n = 171)	p	
Kyllä	39,7	38,2	41,2	0,889	39,4	48,4	45,6	0,181	<u>1988</u> 0,960
Ei	60,3	61,8	58,8		60,6	51,6	54,4		<u>1996</u> 0,071
									<u>2004</u> 0,454
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 5.** Hammaslääkäriissäkäynnit<sup>a</sup> viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Hammas- lääkäriissä- käyntejä	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 213)	1996 (n = 186)	2004 (n = 171)	p	
Kyllä	31,6	40,5	58,8	< 0,001	28,6	46,8	56,1	< 0,001	<u>1988</u> 0,553
Ei	68,4	59,5	41,2		71,4	53,2	43,9		<u>1996</u> 0,265
									<u>2004</u> 0,650
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

<sup>a</sup> Sisältävät terveyskeskuksen ja yksityissektorin palvelut.

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Mielenterveyspalveluja käytettiin kaikissa kohorteissa erittäin vähän. Vuosina 1988 ja 2004 miehistä alle 1 % ja vuonna 1996 1,5 % ilmoitti käyttäneensä mielenterveyspalveluja viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Naiset käyttivät palveluja hieman enemmän, ja heillä trendi oli kasvava mittausajankohtien välillä (1,4 %, 2,7 % ja 4,0 %).

Terveyspalvelujen riittävyyttä kysyttäessä runsas kaksi kolmasosaa tutkittavista koki saaneensa riittävästi hoitoa sairauksiinsa ja oireisiinsa eri tutkimusajankohtina (taulukko 6). Vuoden 1988 tutkimusajankohdan jälkeen kokemus hoidon riittävyydestä oli lisääntynyt muutaman prosenttiyksikön verran sekä miehillä että naisilla. Vuonna 1988 miesten ryhmässä oli yksi viidesosa ja naisten ryhmässä hieman vajaa viidesosa niitä, jotka eivät olleet tarvinneet terveydenhoitopalveluja haastattelua edeltäneen 12 kuukauden aikana. Naiset olivat kaikkina mittauskertoina miehiä useammin sitä mieltä, että hoito ei ollut riittävää.

**Taulukko 6.** Koettu hoidon riittävyys viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 135)	1996 (n = 129)	2004 (n = 114)	p	1988 (n = 212)	1996 (n = 178)	2004 (n = 169)	p	
Hoidon riittävyys									
Saanut riittävästi hoitoa	72,6	75,2	77,2		71,7	78,1	78,1		<u>1988</u>
Ei ole saanut riittävästi hoitoa	5,9	4,7	7,0	0,759	10,8	8,4	10,1	0,473	<u>1996</u> 0,158
Ei ole tarvinnut hoitoa	21,5	20,2	15,8		17,5	13,5	11,8		<u>2004</u> 0,469
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Vain pieni osa (4–11 %) 65–69-vuotiaista käytti kotipalveluja eri tutkimusajankohtina (taulukko 7). Yleisimmin käytettyjä olivat kodinhoitoapu sekä ateria- ja kuljetuspalvelut. Naisten ryhmässä vuosina 1996 ja 2004 haastatellut käyttivät kotipalveluja noin puolet vähemmän kuin vuonna 1988 haastatellut.

**Taulukko 7.** Kotipalvelujen käyttö viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Kotipalvelujen käyttö	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 213)	1996 (n = 186)	2004 (n = 172)	p	
Kyllä	7,4	6,9	5,0	0,737	10,8	4,3	4,7	0,015	1988 0,283
Ei	92,6	93,1	95,0		89,2	95,7	95,3		1996 0,317
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		2004 0,878

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

#### 4 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkittujen kolmen ikäkohortin terveys- ja sosiaalipalvelujen käytössä oli palvelusta riippuen vaihtelua eri kohorttien välillä. Perusterveydenhuollon palvelujen käytössä näkyi nouseva trendi, joka oli loiva lääkarissäkäynneissä ja selkeä vuodesta 1988 vuoteen 2004 sairaanhoitajan ja laboratorion palvelujen käytössä. Myös hammaslääkarin palvelujen käyttö oli lisääntynyt huomattavasti. Erikoissairaanhoidon osalta keskussairaalahoitossa olleiden lukumäärä pieneni merkittävästi miesten ryhmässä. Naisten ryhmässä kaikissa kohorteissa oli huomattavasti vähemmän kuin miesten ryhmässä niitä, jotka olivat olleet keskussairaalahoitossa haastatteluja edeltäneinä vuosina. Sosiaalipalvelujen käyttö oli hyvin vähäistä 65–69-vuotiaiden kohorteissa, ja trendi näytti olevan vähenemään päin. Suurin osa haastatelluista oli tyytyväisiä palveluihin ja koki saaneensa niitä riittävästi.

Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöön vaikuttaa niiden käyttäjien terveydentilan ja toimintakyvyn (vrt. Leinosen ym. artikkeli tässä julkaisussa) lisäksi palvelujen saatavuus. Vuosien 1988 ja 2004 välisenä aikana terveydenhuollossa on tapahtunut monia muutoksia. Lääkarissäkäyntien määrän lisääntyminen liittyyne omalääkärijärjestelmän yleistymiseen, mikä tutkimusten mukaan lisää lääkarissäkäyntejä (Häkkinen ym. 2002). Jyväskylässä omalääkärijärjestelmä käynnistyi vuonna 1997. Jyväskylässä on lisäksi muutettu lääkärin ja sairaanhoitajan työnjakoa siten, että sairaanhoitajan luokse tulee monia sellaisiakin asiakkaita, jotka aikaisemmin kävivät lääkärin vastaanotolla. Tämä työnjako on kehittynyt vähitellen 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Olennainen muutos on tapahtunut siirryttäessä omahoitajajärjestelmään vuoden 2004 alusta yhdellä terveysasemalla ja kevään 2005 kuluessa kaikilla terveysasemilla. Tämä selittää erityisesti sai-



raanhoitajan luona käyntien lisääntymistä, joskin merkittävin muutos on tapahtunut vasta tämän tutkimuksen jälkeen. Sairaanhoitajan luona käyntien lukumäärän keskiarvoa nostaa vuonna 1996 naisten ryhmässä yhden henkilön runsas käyntimäärä vastaanotolla terveydentilansa seurannan vuoksi. Toisaalta myös miesten ryhmässä oli samassa kohortissa enemmän sairaanhoitajan luona käyntejä kuin kahdessa muussa kohortissa. Kaikkiaan tämän tutkimuksen tulokset avoterveydenhuollon palvelujen käytöstä ovat samansuuntaisia Arisen ym. (1998) havaintojen kanssa, joiden mukaan 65–74-vuotiaiden terveyspalvelujen käyttö lisääntyi vuosien 1987 ja 1996 välisenä aikana.

Erikoissairaanhoidossa sairaaloiden poliklinikkatoimintaa on lisätty siten, että nykyään yhä useammat kontaktit ja osa toimenpiteistäkin pyritään hoitamaan avohoidon käynteinä sairaaloiden poliklinikoilla vuodeosastohoidon sijasta. Muutos saattaa heijastua erityisesti tämän tutkimuksen miesten ryhmän tuloksiin, joiden mukaan vuoden 2004 kohortissa on yli puolet vähemmän niitä, jotka olivat haastattelua edeltäneenä vuonna olleet hoidossa keskussairaalan vuodeosastolla, kuin vuoden 1996 kohortissa.

Hammashoidossa tapahtuneet muutokset lienevät jo näkyvissä tämän tutkimuksen tuloksissa, joiden mukaan vuosina 1996 ja 2004 tutkittujen kohorttien hammaslääkäripalvelujen käyttö lisääntyi. Hammashoidossa on vuodesta 2002 ollut voimassa kansanterveyslain muutos, jonka mukaan kaikki ovat oikeutettuja käyttämään joko terveyskeskuspalveluja tai yksityishammaslääkäripalveluja, joihin he ovat saaneet sairausvakuutuksen korvauksen (Kansanterveyslain 14 §:n muutos 1219/2000; Sairausvakuutus 5 b ja 7 § 1202/2000). Myös tutkittujen taloudellisen tilanteen paraneminen (vrt. Rautio ym. tässä julkaisussa) voi olla yksi syy kohorttien väliseen eroon hammaslääkäripalvelujen käytössä, sillä tutkimusten mukaan hammashoidon kalleus on ollut este ikääntyvien ihmisten hammaslääkärihoitoon hakeutumiselle (Suominen-Taipale ym. 2004). Iäkkäillä ihmisillä omien hampaiden säilyminen on myös lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana (Hämäläinen ym. 2004), mikä luonnollisesti lisää hammaslääkäriissäkäynnin tarvetta. Hammaslääkäripalvelujen käytön lisääntymisestä huolimatta yli kolmasosa haastateltavista ei ollut käynyt hammaslääkärin vastaanotolla kuluneen vuoden aikana, vaikka erityisesti iäkkäiden ihmisten suun ja hampaiden tarkastusten pitäisi olla säännöllistä (Murtomaa ym. 1992). Osaltaan hammaslääkäriissäkäynnit ovat terveyskeskuksessa korvautuneet sisäisen työnjaon kehittymisen myötä suuhygienistien vastaanottokäynneillä, ja tämä heijastunee hammaslääkäriissäkäyntimääriin ja niiden kehitykseen.

Tässä tutkimuksessa haastateltujen ilmoittama mielenterveyspalvelujen käyttö vastaa ilmoitettujen mielenterveyden häiriöiden määrää muissa paitsi vuonna 2004 haastateltujen miesten ryhmässä, jossa mielenterveysongelmia raportoitiin enemmän kuin palvelujen käyttöä (vrt. Leinonen ym. tässä julkaisussa). Pirkolan ym. (2002, 54) mukaan vuonna 2000 esiintyi väestötasolla 65–74-vuotiaista miehistä alle 1 %:lla ja naisista hie-  
man alle 2 %:lla vakavaa masennusta. Vastaavasti miehistä 1,3 % ja naisista 3,3 % oli käyttänyt mielenterveyspalveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana. Nämä luvut vastaavat suunnilleen tässä raportissa ilmoitettua palvelujen käyttöä. Kuitenkin tässä julkaisussa olevan raportin (Heikkinen ja Kauppinen) perusteella eri kohorttien mie-

histä noin 10–15 % ja naisista 18–25 % kärsii jonkinlaisesta masentuneisuudesta. Tämä viittaisi siihen, että haastateltujen keskuudessa mielenterveyspalvelujen käyttö oli vähäistä verrattuna eritasoisten mielenterveysongelmien esiintymiseen. Iäkkäiden henkilöiden suhteellisen vähäiseen mielenterveyspalvelujen käyttöön ovat yhteydessä monet tekijät. Heidän keskuudessaan vallitsee edelleen kielteinen asenne mielenterveyshäiriöihin ja -palvelujen käyttöön. Saattaa olla, ettei haastattelussa haluta kertoa ongelmista tai apua ei haluta hakea leimautumisen pelossa. Toisaalta mielenterveyttä koskevat terveyskeskuslääkärisäkäynnit eivät erotu tilastoista, vaan ne kirjataan tavallisina lääkärisäkäynteinä. Vanhemmilla henkilöillä depression oireet saattavat myös helposti peittyä muiden sairauksien alle. Mielenterveyspalvelujen saatavuus sekä terveyskeskuksen psykologien että mielenterveystoimistojen psykiatrisilla vastaanotoilla on ollut rajallista, ja tämä heijastuu palvelujen käyttöön.

Kotihoidon palvelujen käyttö oli vuonna 1988 tutkitun kohortin keskuudessa vähäistä, ja se väheni ajan mittaan edelleen. Tähän on todennäköisesti yhteydessä paitsi 65–69-vuotiaiden toimintakyvyn parantuminen (vrt. Leinonen ym. tässä julkaisussa) myös se, että palvelurakenne on muuttunut: taloudellisen laman aikana 1990-luvun alkupuolella vähennettiin nuorempien, parempikuntoisten iäkkäiden henkilöiden kotihoidon määrää ja näitä palveluja suunnattiin iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille henkilöille (Vaarama ym. 2002, 76). Suuntaus on jatkunut 2000-luvulla (Pitkälä 2004, 213). Tämän tutkimuksen kotipalvelujen käyttöä koskevat tulokset olivat hyvin samanlaiset kuin Sulanderin ym. (2006) tulokset keväällä 2005 tehdyssä kartoituksessa eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisestä ja terveydestä.

Tässä tutkimuksessa tiedot palvelujen käytöstä perustuivat tutkittavien raportointiin viimeksi kuluneelta vuodelta. Tähän sisältyy virhemahdollisuuksia, koska käytettyjen palvelujen ajankohtaa voi olla vaikea muistaa näin pitkältä ajanjaksolta. Toisaalta muistivirheitä tulee samalla tavalla kaikkiin kohortteihin, ja trendit kohorttien palvelujen käytön eroissa tulevat todennäköisesti luotettavasti esille. Itse raportoitu palvelujen käyttö tutkimusajankohtaa edeltävän vuoden ajalta on todettu suhteellisen validiksi mittariksi, kun sitä on verrattu rekisteröityihin tietoihin sairaalahoidosta (Reijneveld ja Stronks 2001). Poliklinisissa lääkärin luona käynneissä on kuitenkin todettu aliraportointia silloin, kun käyntejä on paljon ja tarkasteluajankohtana käytetään viimeksi kulunut vuosi (Roberts ym. 1996). Tässä tutkimuksessa haastatelluilla henkilöillä oli lääkärissäkäyntejä kuitenkin suhteellisen vähän.

Tämän raportin tulokset tarjoavat uutta tietoa 65–69-vuotiaiden terveys- ja sosiaalipalvelujen käytöstä eri ajankohtina. Tulosten vertaaminen aikaisempiin Suomessa tehtyihin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttöön liittyviin kartoituksiin on ongelmallista, koska ne ovat kohdistuneet joko koko väestöön tai iäkkäämpien henkilöiden kohdalla kaikkiin yli 65-vuotiaisiin tai yli 75-vuotiaiden ikäryhmään, jossa palveluja käytetään enemmän kuin nuorempien eläkeikäisten ryhmässä. Monissa aiemmissa kartoituksissa tuloksia on myös tarkasteltu 10-vuotisikäryhmissä, kun taas tässä tutkimuksessa tarkastelukohteena olivat 65–69-vuotiaat.

Palvelujen tarjontaan vaikuttavat monet lainsäädännölliset ja palvelujen rahoitukseen liittyvät seikat. Palvelujen tarjonta on yhteydessä niiden käyttöön joko lisäävästi tai supistavasti. Eläkeikäisen väestön terveyden ja toimintakyvyn paraneminen tulee luultavasti osaltaan vähentämään 65–69-vuotiaiden ikäryhmän palvelutarvetta. Toisaalta on vaikeaa ennustaa nuorempien ikäryhmien elintapasairauksien, kuten lisääntyvän aikuisiän diabeteksen, osuutta palvelujen tarpeen kehittymiseen. Panostamalla terveyden ja toimintakykyisyyden edistämiseen sekä sairauksien ennaltaehkäisyyn voidaan vähentää palvelutarvetta tulevaisuudessa.

## KIRJALLISUUS

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveystalouden käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 1998:5. Helsinki: Stakes, 1998.

Häkkinen U, Alha P, Keskimäki I, Klaukka T, Koponen P, Räsänen K. Hoitopalvelujen käyttö. Julkaisussa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, 2002: 66–69.

Hämäläinen P, Meurman JH, Keskinen M, Heikkinen E. Changes in dental status over 10 years in 80-year-old people: a prospective cohort study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32: 374–384.

Kansanterveyslain 14 §:n ja 49 §:n muutos, 1219/1.5.2000. Saatavissa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001219>>.

Murtomaa H, Hienonen M, Pöyry M. Suun terveys eläkeiän kynnyksellä – ikääntyvien hammashoitokampanjan kysely- ja seurantatutkimus. *Suomen Hammaslääkärilehti* 1992; 18: 1272–1284.

Pirkola S, Lönnqvist J, mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Julkaisussa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, 2002: 51–54.

Pitkälä K. Vanhusväestön terveystalouden tarpeen arviointi. Julkaisussa: Mäntyranta T, Elonheimo O, Mattila J, Viitala J, toim. Terveystalouden suunnittelu. Helsinki: Duodecim, 2004: 211–218.

Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 1407–1414.

Roberts RO, Bergstralh EJ, Schmidt L, Jacobsen SJ. Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures. *Journal of Clinical Epidemiology* 1996; 49: 989–995.

Sairausvakuutuslain muutos, 5b ja 7 §, 1202/21.12.2000. Saatavissa: <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001202>>.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1, 2006.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A, toim. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16, 2004.

SVT 2003. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. SVT Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2001:1. Helsinki: Stakes, 2003.

Vaarama M, Voutilainen P, Kauppinen S. Ikääntyneiden palvelut. Julkaisussa: Heikkilä M, Parpo A, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Helsinki: Stakesin raportteja 268, 2002: 76–105.

Vaarama M, Voutilainen P, Kauppinen S. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Julkaisussa: Heikkilä M, Roos M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2004: 36–59.



*Riitta-Liisa Heikkinen ja Markku Kauppinen*

**MIELIALA 65–69-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ  
VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	87
SAMMANDRAG .....	88
ABSTRACT .....	89
1 JOHDANTO .....	90
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	92
3 TULOKSET .....	92
3.1 Masentuneisuus .....	92
3.2 Ahdistuneisuus .....	94
3.3 Yksinäisyys .....	95
4 POHDINTA JA YHTEENVETO .....	96
KIRJALLISUUS .....	98

## Tiivistelmä

Heikkinen R-L, Kauppinen M. **Mieliala 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 85–100.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ja verrata mielialaa kolmessa 65–69-vuotiaiden kohortissa kolmena tutkimusajankohtana. Ensimmäinen kohortti muodostui vuosina 1919–1923 syntyneistä jyvaskyläläisistä ( $n = 362$ ). Toinen kohortti rakentui vuosina 1927–1931 syntyneistä ( $n = 320$ ) ja kolmas kohortti vuosina 1935–1939 syntyneistä jyvaskyläläisistä ( $n = 292$ ). Mielialan kuvaajina tässä tutkimuksessa olivat yksinäisyys, masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta arvioitiin Suomessa kehitetyn mielialaoirekyselyn (RBDI) avulla. Yksinäisyyttä kartoitettiin yksittäisellä neliluokkaisella kysymyksellä. Tuloksia tarkasteltiin kohorteittain ja sukupuolittain. Havaituista eroista useimmat olivat myöhemmin syntyneiden eduksi. Erityisinä ryhminä verrattiin leskien mielialoja naimisissa tai avoliitossa olevien vastaaviin tunnekokemuksiin sekä tarkasteltiin kasvuympäristön ilmapiirin heijastumista haastatteluajankohdan mielialaan. Leskeys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä yksinäisyyteen erityisesti miehillä. Kaikissa kolmessa kohortissa kasvuympäristönsä lämpimäksi ja turvalliseksi kokeneiden naisten mieliala oli parempi kuin läheisyyden ja turvan puutetta kokeneiden. Miehillä todettiin vastaavanlainen yhteys kahdessa ensimmäisessä kohortissa.

**Avainsanat:** mieliala, ikääntyvät ihmiset, kohorttivertailututkimus



## Sammandrag

Heikkinen R-L, Kauppinen M. **Sinnesstämning hos 65–69-åriga Jyväskyläbor 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 85–100.

Syftet med denna studie var att granska och jämföra sinnesstämningen hos tre kohorter av personer i åldern 65–69 år vid tre intervjutidpunkter. Den första kohorten bestod av Jyväskyläbor födda 1919–1923 ( $n = 362$ ). Den andra kohorten bestod av Jyväskyläbor födda 1927–1931 ( $n = 320$ ) och den tredje av Jyväskyläbor födda 1935–1939 ( $n = 292$ ). Sinnesstämningen beskrivs i denna studie som känslor av ensamhet, depression och ångest. Eventuell depression och ångest mättes med en enkät som har utvecklats i Finland för mätning av sinnesstämning (RBDI). Ensamheten mättes med en enkel fråga med fyra svarsalternativ. Resultaten granskades mellan olika kohorter och mellan könen. De skillnader som kom fram var för det mesta till fördel för dem som var födda senare. Speciellt jämfördes änkornas/änklingarnas sinnesstämning med dem som var gifta eller samboende. Dessutom undersöktes hur uppväxtmiljöns atmosfär påverkade sinnesstämningen vid intervjutidpunkten. Änke-/änklingsstånd korrelerade statistiskt signifikant med ensamhet speciellt hos männen. I alla tre kohorter var de kvinnor som hade upplevt sin uppväxtmiljö som varm och trygg i bättre sinnesstämning än de som hade lidit brist på närhet och trygghet. Hos män var trenden likadan i den första och den andra kohorten.

**Nyckelord:** sinnesstämning, åldrande människor, kohortundersökning

## Abstract

Heikkinen R-L, Kauppinen M. **Mood among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 85–100.

The purpose of this study was to describe and compare mood in three cohorts of 65–69-year-old persons. The first cohort consisted of residents of Jyväskylä who were born in 1919–1923 ( $n = 362$ ). They were interviewed in 1988. The second cohort consisted of Jyväskylä residents born in 1927–1931 ( $n = 320$ ); they were interviewed in 1996. The third cohort consisted of Jyväskylä residents ( $n = 292$ ) born in 1935–1939, who were interviewed in 2004. Three measures of mood were used: depressiveness, anxiety and loneliness. Depressiveness and anxiety were assessed with a mood symptoms questionnaire developed in Finland (RBDI). Loneliness was assessed with a single question with a four-point scale. The results for the three cohorts were compared by gender. The two later cohorts showed less mood problems than the first cohort. The mood of widows and widowers was compared with the corresponding emotional experiences of married people. Further, the associations between perceived atmosphere of formative environment and mental well-being were studied. In most cases, the proportion of depressive women and men was higher among those respondents who did not feel that they had grown up in a warm and secure environment. The prevalence of loneliness was higher among widowed than married people, specifically among men.

**Key words:** mood, older people, cohort comparison study

## 1 JOHDANTO

Mielenterveys on omien kykyjen ja mahdollisuuksien tasapainottamista ja elämään asetumista, tavoitteiden suhteuttamista mahdollisuuksiin (Pörn 1993). Ajan ja olosuhteiden myötä ihmisen kyky vastata elämän tuomiin haasteisiin ja vaikeuksiin kasvaa tai jää vähäiseksi. Paljon riippuu siitä, miten ja millaisissa olosuhteissa elämä etenee ja millaiseksi elämän kokonaisuus muotoutuu.

Ikääntyminen tuo mukanaan monia terveyttä, myös mielenterveyttä, rasittavia tekijöitä. Ikääntyessään ihminen joutuu usein palautumattomien muutostilanteiden eteen. Tyypillisimpiä näistä ovat läheisten menetykset sekä omat ja omaisten sairaudet. Myös työelämästä eläkkeelle siirtyminen voi olla monille melkoinen sopeutumishaaste.

Yleisin ikääntyvien ihmisten mielen tasapainon ongelma on masentuneisuus. Masentuneisuuden yhteydessä on todettu esiintyvän usein myös ahdistuneisuutta ja yksinäisyyttä. Eläkeikäisen väestön mielialaa on kartoitettu tutkimuksin enenevästi viimeisten kahden vuosikymmenen aikana, mutta ikäkohorttivertailuja väestön keskuudessa on tehty varsin vähän.

Sellaista gerontologista tutkimusta, joka valottaisi lapsuudenaikaisten kokemusten heijastumista ikääntyvän aikuisväestön tunteisiin, mielen tasapainoon tai mielialaan, on varsin vähän (Andersson ja Stevens 1993, 109–116). Keskeytymättömät, kiinteät ja myönteiset tunnesuhteet koetaan lapsuudessa turvallisuutta tuottavina. Vastaavasti menetykset, esimerkiksi toisen tai molempien vanhempien menetys lapsuudessa, erityisesti korvaavien aikuissuhteiden puuttuessa voivat aiheuttaa ahdistuneisuutta, depressiivisyyttä tai uskalluksen puutteen ja kyvyttömyyden kokea ihmissuhteiden tuottamaa iloa (Brown ym. 1995; Bowlby 1988; Gilbert 1992; Thompson 1999). Mader (1996) toteaa tunneherkkyyden rakentuvan sosiaalisessa yhteisyydessä, lapsuudessa ja varhaisaikuisuudessa. Mader (1996) ja Elias (1991) uskovat, että tunteiden perusta rakentuu varhain ja pysyy omaksutun kaltaisena aina vanhuuteen asti, vaikkakin esimerkiksi koulutus tuo mukanaan yrityksen kognitiivisesti jäsentää ja järjeittää tätä tunneperustaa.

Depression ja depressio-oireilun erilaiset kriteerit sekä luokittelu-, määrittely- ja mittaustavat piirtävät keskenään jonkin verran erilaisia kuvia tästä mielialahäiriöstä, joka voi vaihdella psykoottisesta masennuksesta jatkuvaan, häiritsevään alakuloisuuteen (Heikkinen 1998; Blazer 2003; Heikkinen ja Kauppinen 2004). Tässä tutkimuksessa depressiivisyydellä tarkoitetaan koettujen mielialaoireiden perusteella arvioitua masentuneisuutta. Vakavat elämäntapahtumat ja niitä seuraavat kriisit tuottavat valtaosalle ihmisistä masennusoireita. Konkreettinen osoitus depressiivisyyden yleistymisestä väestötasolla, myös nuorten ja nuorten aikuisten keskuudessa, on mielialalääkkeiden käytön huomattava lisääntyminen. Tämä voi toki kertoa myös niiden saatavuuden helpottumisesta ja terveydenhoitokäytäntöjen muuttumisesta lääkitystä suosivaksi kalliiden ja vaikeasti saatavien psykoterapiamuotojen sijaan (Klaukka 2005).

Depressio-oireiden esiintyminen iäkkäillä, erityisesti kaikkein iäkkäimpien joukossa, selittyy heitä varsin usein kohtaavilla menetyksillä sekä heikentyneellä terveydellä ja toimintakyvyn tuottamilla ongelmilla (Heikkinen 1997; Blazer 2003; Heikkinen ja Kauppinen 2004).

Vaikka nykyisin puhutaan yleisesti perinnöllisestä depressiotaipumuksesta, mm. Gilbertin (1992) mielestä sosiaaliset tekijät ovat avainasemassa mietittäessä depressiivisyyden syitä. Sosiaalisilla tekijöillä on erityisesti todettu olevan yhteyttä naisten miehiä yleisempään depressiivisyyteen (Brown ym. 1995).

Mielenterveyshäiriöt esiintyvät usein samanaikaisesti. Ristiriidat, epävarmuus ja pelot voivat viestittää sekä ahdistuneisuudesta että masentuneisuudesta (Lönnqvist 2005, 178). Ahdistuneisuuden ja depressiivisyyden välisen yhteyden tutkiminen on edennyt 1980-luvulta lähtien, ja nykyisin monien tutkijoiden mielestä useimmat masentuneet potilaat ovat myös ahdistuneita (Angst ja Volrath 1991; Clark ja Watson 1991; Lönnqvist 2005). Jos sosiaaliset tekijät ovat depressiivisyyden taustalla avainasemassa, on luonnollista, että yllä mainitut mielialaongelmat esiintyvät usein samanaikaisesti. Tavallisimmin ahdistuneisuus ilmenee psyykkisesti kuormittavissa tilanteissa, joita ihminen ei pysty purkamaan tai hallitsemaan eikä myöskään väistämään tai pakenemaan.

Yksinäisyysongelman ydin on toisaalta ihmisen persoonallisuuden rakenteessa, toisaalta siinä, miten erilaiset sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät ovat synnyttäneet tai aikaansaavat nykyhetkessä yksinäisyyttä (Eskola 1982; Weiss 1989). Yksinäisyyden tunne voi olla laadullisesti erilaista tai eritasoista. Viime kädessä on kuitenkin aina kysymys siitä, että ihminen kokee vuorovaikutuksen muiden kanssa määrältään riittämättömäksi tai laadultaan epätydyttäväksi. Toimivien ja läheisten ihmissuhteiden on todettu vahvistavan mielenterveyttä stressitilanteissa, ja toisaalta on todettu ihmissuhteiden katkaisemisen tai niiden puutteen heijastuvan kielteisesti sekä mielen että ruumiin terveyteen (Heikkinen 1998; Tiikkainen ym. 2004a). Ikääntymiseen usein liittyvät yksinäisyyttä aiheuttavat elämänmuutokset luovat vaikeita sopeutumishaasteita ja kuormittavat mielen tasapainoa. Läheiset ihmissuhteet, turvajoukko (engl. *convoy*, sana, jota Antonucci ja Akiyama [1987] kirjoituksissaan käyttävät), merkitsee jatkuvuutta elämässä, jatkuvuutta tunteiden tasolla ja siten jatkuvuutta myös turvallisuudessa ja elämän merkitykselliseksi kokemisessa. Työn jäädessä sivuun läheisten ihmissuhteiden merkitys korostuu. Ikävuodet 65–69 ovat ihmiselämässä suurten muutosten aikaa. Muutosvaiheen kuormittaessa mieltä kasvaa sosiaalisten tekijöiden merkitys.

Tässä artikkelissa tarkastellaan vuosina 1988, 1996 ja 2004 tutkittujen 65–69-vuotiaiden jyvaskyläläiskohorttien mielialaa. Vuonna 1988 tutkitut olivat syntyneet vuosina 1919–1923, vuonna 1996 tutkitut vuosina 1927–1931 ja vuonna 2004 tutkitut vuosina 1935–1939. Mielialaa kartoittaviksi indikaattoreiksi tutkimuksessa valittiin depressiivisyys, ahdistuneisuus ja yksinäisyys. Lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin mahdollista lapsuuskodin koetun tunneilmaston heijastumista myöhemmän ikävaiheen mielialaan kolmessa viisivuotiskohortissa.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tämän kohorttivertailun aineistot on kuvattu yksityiskohtaisesti Kauppisen ja Salon artikkelissa tässä julkaisussa. Tässä tutkimuksessa käytettiin depressiivisyyttä mittaamaan Beckin tunnetusta depressiomittarista, myös laajalti käytetyn, 13-osioisen lyhyen version ”Beck Abrridged scale” (Beck ja Beck 1972) pohjalta Suomessa kehitettyä sovelusta, niin kutsuttua mielialakyselyä eli RBDI:tä (ks. Raitasalo 1995; liite 4). Kyseinen mielialakysely on kehitetty alun perin suomalaisen maanviljelijäväestön työterveyshuollon terveystarkastuksia varten (Raitasalo ja Notkola 1987; Notkola ym. 1990; Raitasalo 1995). Mielialakyselystä saatujen kokemusten perusteella sen voidaan Raitasalon (1995) mukaan katsoa sopivan sekä väestön psyykkisen hyvinvoinnin kartoittamiseen että kliinisen depressiivisyyden seurantaan. Mittarin sisäinen yhtenevyys on todettu varsin korkeaksi ja erillisanalyyysien perusteella on voitu osoittaa alkuperäisen Beckin depressiomittarin (BDI) ja mielialakyselyn (RBDI) korreloivan voimakkaasti keskenään (Raitasalo 1995). Depressiivisyyttä kuvaava maksimipistemäärä eli kysymysten vastausvaihtoehtojen (0–3) summa on 39. Menetelmällä arvioitun depressiivisyyden asteet voidaan jaotella kolmeen luokkaan: lievään (5–7), keskivaikeaan (8–15) ja vaikeaan (yli 15) depressiivisyyteen.

Ahdistuneisuutta mitattiin kysymyksellä ”Oletteko ahdistunut tai jännittynyt?” Se on sijoitettu samalle mielialakyselylomakkeelle, jolla masentuneisuuttakin kartoitetaan (liite 4, kysymys 16). Ahdistuneisuus määritellään lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi (vrt. Raitasalo 1995). Ikivihreät-projektissa RBDI-mielialakyselyn on todettu toimivan hyvin iäkkäällä väestöllä tehdyissä tutkimuksissa (Heikkinen 1999; Lampinen ja Heikkinen 2002). Yksinäisyyden kokemusta kartoitettiin yhdellä neliluokkaisella peruslomakkeelle sijoitetulla kysymyksellä: ”Oletteko mielestänne yksinäinen?” (liite 1, kysymys 96). Kysymyksen osioiden muotoilulla ja haastattelijoiden koulutuksella mahdollistettiin se, että haastateltavat ymmärsivät kysymyksen tarkoittavan kielteistä yksinäisyyden kokemusta. Haettaessa vastausta kasvuympäristön koetun ilmapiiriin heijastumiseen kolmella käyttämällämme mielialaindikaattorilla (masentuneisuus, ahdistuneisuus ja yksinäisyys) ilmapiiriä kuvasi peruslomakkeen kysymys ”Oliko kasvuympäristönne lämmin ja turvallinen?” (liite 1, kysymys 14). Tutkimuksen havainnot kuvataan kohorteittain miesten ja naisten ryhmissä. Lisäksi verrataan toisiinsa miesten ja naisten mielialaa kolmena haastatteluaikakohtana. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan myös siviilisäädyn yhteyttä mielialaan.

## 3 TULOKSET

### 3.1 Masentuneisuus

Taulukko 1 kuvaa masentuneisuuden yleisyyttä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Sukupuolten välillä ei masentuneisuuden esiintymisessä ollut merkitsevää eroa yhdelläkään kolmesta haastattelukerrasta. Kohorttien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä naisten ryhmässä. Lievää masennusta esiintyi vuoden 1996 kohortissa selvästi vähiten, ja keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta kärsi 8,4 %

vuoden 1988 kohortin naisista, mikä on enemmän kuin myöhemmissä kohorteissa. Vastaavasti ei-masentuneiden ryhmä oli myöhempiä ikäkohortteja pienempi.

**Taulukko 1.** Masentuneisuus (RBDI) 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä sekä sukupuolierot tutkimusvuosittain.

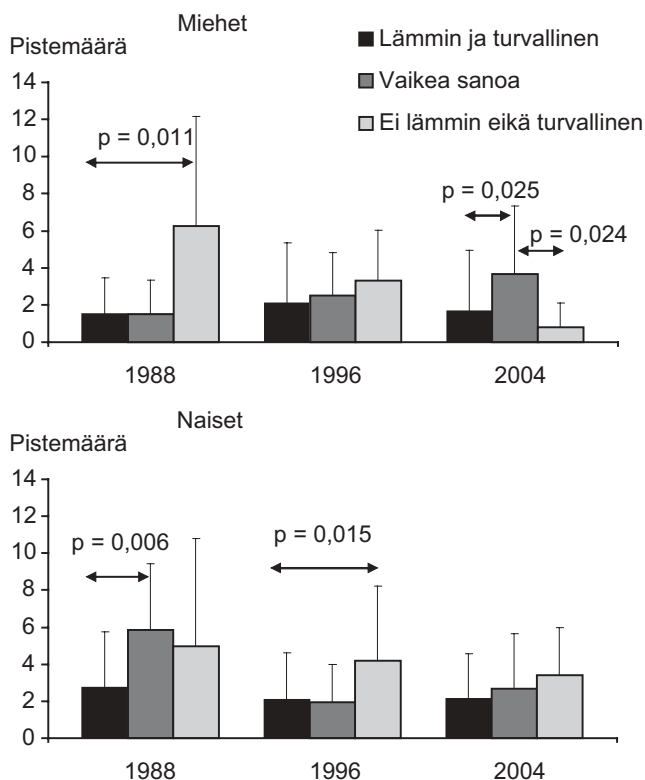
Masentuneisuus	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 103)	1996 (n = 130)	2004 (n = 117)	p	1988 (n = 167)	1996 (n = 187)	2004 (n = 171)	p	
Ei masentunut	84,5	84,6	88,9	0,856	73,7	86,8	82,4	0,018	1988 0,194
Lievä	11,7	9,2	6,8		18,0	8,2	14,5		1996 0,669
Keskivaikea	2,9	5,4	3,4		7,2	4,9	3,0		2004 0,147
Vaikea	1,0	0,8	0,9		1,2	0,0	0,0		
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Kasvuympäristössä koettu lämmön ja turvallisuuden puute heijastui tässä tutkimuksessa masennuspistemäärien keskiarvoihin. Kaikissa kolmessa kohortissa niiden naisten mielen hyvinvointi, jotka kasvuympäristössään olivat kokeneet turvallisuutta ja lämpöä, oli parempi kuin läheisyyden ja turvan puutetta kokeneilla. Vuosina 1988 ja 1996 oli kasvuympäristöryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja. Myös miehillä näkyi vastaavanlainen yhteys, ja haastatteluvuonna 1988 ero masentuneisuutta kuvaavassa keskiarvopistemäärässä oli kasvuympäristön tunneilmaston suhteen poikkeavien ääri-ryhmien välillä tilastollisesti merkitsevä. Ainoastaan vuoden 2004 miesten ryhmässä kasvuympäristön ja masentuneisuuden välinen yhteys oli muista ryhmistä poikkeava. Ne, joiden oli vaikea arvioida kasvuympäristönsä luonnetta, olivat tilastollisesti merkitsevästi muita masentuneempia (kuvio s. 94).

Puolison menettämisen vaikutus depressiopistemääriin näkyi tutkimuksessamme. Masentuneisuutta kuvaava keskiarvopistemäärä oli leskeksi jääneillä miehillä noin kaksinkertainen muihin verrattuna vuosien 1988 ja 2004 kohorteissa. Miesleskien masentuneisuuspistemäärän keskiarvo oli 2,8 vuonna 1988 ja 3,2 vuonna 2004, kun vastaavasti muiden kuin leskien pistemäärien keskiarvot olivat 1,8 ja 1,6. Vuoden 1996 kohortissa ei vastaavaa eroa ollut. Myös naisleskillä näkyi vastaavanlainen trendi vuoden 1988 aineistossa: leskien keskiarvo oli 3,4 ja muiden kuin leskien 2,9. Vuosien 1996 ja 2004 aineistoissa ei vastaavaa vaikutusta voitu todeta. Miesleskiä aineistossamme oli kaikki kohortit yhteenlaskettuna vain 32, mikä aiheutti sen, ettei vuosien 1988 ja 2004 kaksinkertaisenkaan keskiarvoero saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä.

**Kuvio.** RBDI-pistemäärän keskiarvot ja -hajonnat kasvuypäristön luonteen mukaan vuosina 1988, 1996 ja 2004 sukupuolittain.



Ryhmiä väliset erot on testattu Kruskalin ja Wallisin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja Mannin ja Whitneyn testillä.

### 3.2 Ahdistuneisuus

Kartoitettaessa 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten ahdistuneisuutta ei eri kohorttien välillä ollut merkitsevää eroa kummallakaan sukupuolella. Naisten joukossa oli sitä vastoin vuonna 1988 tutkitussa kohortissa tilastollisesti merkitsevästi enemmän ahdistuneita kuin kyseisenä ajankohtana tutkituissa miehissä. Noin viidennes naisista koki vähintään lievää ahdistuneisuutta tutkimuskohortista riippumatta (taulukko 2).

**Taulukko 2.** Ahdistuneisuuden kokeminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Ahdistuneisuuden kokeminen	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 112)	1996 (n = 130)	2004 (n = 118)	p	1988 (n = 180)	1996 (n = 183)	2004 (n = 168)	p	
Ei ahdistunut	90,2	84,6	86,3	0,439	80,6	80,9	79,2	0,283	1988
Lievästi ahdistunut	7,1	12,3	11,9		18,9	16,9	19,6		0,008
Suhteellisen ahdistunut	2,7	3,1	1,7		0,0	2,2	1,2		1996
Erittäin ahdistunut	1,0	0,0	0,0		0,6	0,0	0,0		0,484
									2004
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		0,210

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä kolmiluokkaisina. Luokat: 1 = ei ahdistunut, 2 = lievästi ahdistunut ja 3 = suhteellisen tai erittäin ahdistunut.

### 3.3 Yksinäisyys

Verrattaessa yksinäisyyden kokemuksia kohorttien välillä eivät kokemukset eronneet toisistaan määrällisesti. Sukupuolten välillä oli tilastollisesti melkein merkitsevä ero vuonna 2004, jolloin itsensä melko yksinäiseksi kokevia miehiä oli naisia enemmän. Useampi kuin joka viides nainen koki itsensä ainakin silloin tällöin yksinäiseksi ja miehistä noin joka kymmenes. Ei-yksinäisten osuudet olivat kuitenkin miehillä naisia suuremmat kohortista riippumatta (taulukko 3).

Miesleskillä puolison kuoleman aiheuttama yksinäisyys näkyi tilastollisesti merkitsevästi kaikissa kolmessa kohortissa. Vuonna 1988 ainakin silloin tällöin itsensä yksinäiseksi kokevia avio- tai avoliitossa olevista miehistä oli 11 %, vastaavan prosenttiluvun ollessa leskillä 66 % ( $p < 0,001$ ). Vuonna 1996 avio- tai avoliitossa olevista 12,5 % ja leskistä 41,7 % vastasi olevansa ainakin silloin tällöin yksinäinen ( $p = 0,021$ ), ja vuonna 2004 vastaavat luvut olivat 10,9 % ja 50,0 % ( $p = 0,005$ ). Naisleskistä vuonna 1988 ainakin silloin tällöin yksinäisiä oli haastattelun perusteella 42,5 %, avio- tai avoliitossa olevista 12 % ( $p < 0,001$ ). Vuosina 1996 ja 2004 trendi säilyi: prosenttiluvut kertoivat avio- tai avoliitossa olevien vähäisemmästä yksinäisten osuudesta vaikka tilastollista merkitsevyyttä ei saavutettu.



**Taulukko 3.** Yksinäisyyden kokeminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Yksinäisyyden kokeminen	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 171)	p	
Ei yksinäinen	80,0	81,8	84,9	0,184	71,4	79,1	74,9	0,182	1988
Silloin tällöin yksinäinen	9,3	13,6	10,1		19,1	15,5	21,6		0,094
Aika yksinäinen	7,9	2,3	5,0		7,3	3,7	2,9		1996
Hyvin yksinäinen	2,9	2,3	0,0		2,3	1,6	0,6		0,808
									2004
									0,047
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

#### 4 POHDINTA JA YHTEENVETO

Tässä kolmen samanikäisen eri ajankohtina tutkitun kohortin mielen tasapainoa ja sen oireilua kartoittavassa tutkimuksessa oli havaittavissa eroja, useimmiten myöhemmin syntyneiden eduksi. Tarkasteltaessa naisten masentuneisuutta alakuloisimmaksi osoit-tautui vuoden 1988 kohortti. Lievää masennusta esiintyi vähiten vuoden 1996 kohortis-sa, ja erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Sukupuolten kesken ei masentuneisuuden esiintymisessä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yhdelläkään kolmesta tutkimusker-rasta. Tampereella tehdyssä kohorttitutkimuksessa on todettu erityisesti 60–69-vuotiai-den naisten kokevan olonsa aikaisempaa paremmaksi (Heikkinen 1993). Oma tutki-muksemme antaa viitteitä vastaavanlaisesta muutoksesta. Sekä valtakunnallisten tutki-musten (Rauhala 1991) että Tampereen eläkeikäisiin kohdistetun tutkimuksen valossa voidaan todeta ikääntyvän väestön aineellisten olojen parantuneen koulutustason ko-hentumisen myötä. Myös taloudellinen tasa-arvo miesten ja naisten kesken on edennyt Pohjoismaissa (Helset 1991). Tämä näkyy selvimmin nuorimmissa eläkeikäisissä kohor-teissa. Myönteiset yhteiskunnalliset muutokset turvaavat elämää ja heijastuvat siihen, millaiseksi se koetaan.

Naisten koulutuksellinen ja taloudellinen tilanne on kohentunut miesten vastaavaa muutosta merkittävämmän, ja se heijastui myös tämän tutkimuksen tuloksiin. Kyseiset kohortit kuuluvat ikäryhmään, joka jää lakisääteisesti eläkkeelle. Eläkkeelle jääminen tuo usein mukanaan suuria elämänmuutoksia. Muutokset tuovat toisille helpotusta, työssä hyvin viihtyneille myös paineita. Taloudellinen tilanne heikkenee, mutta eläkejärjestel-mät turvaavat sekä miesten että naisten riippumattomuuden ja hyvinvoinnin.

Lönnqvistin (2005, 180) mukaan suomalaiset tutkimukset viittaavat siihen, että masennuksen hoidon laatu on ainakin erikoissairaanhoidossa parantunut 1980-luvulla ja ymmärtävä suhtautuminen masennusoireista kärsiviin on lisääntynyt. Nämäkin terveyspalveluissa tapahtuneet muutokset selittänevät osaltaan mielialaoireiden vähenemistä myöhemmillä haastattelukerroilla.

Varhaisten ihmissuhteiden merkityksestä lapsen kehittyvään persoonallisuuteen on julkaistu paljon kirjallisuutta (Bowlby 1988; Belsky 1999; Thompson 1999). Lapsen turvallisuuden ja hellyyden tarpeisiin vastaamisen on kuvattu rakentavan hänestä mieleltään kestävästä aikuisen ihmisen. Tällainen kestävyys näyttäytyy esimerkiksi kyvyssä selviytyä erilaisista elämän muutos- ja stressitilanteista sekä psyykkisestä kuormittumisesta. Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että lapsuudessa koetut menetykset ihmissuhteissa muodostavat riskin aikuisiän depressiolle (Kivelä ym. 1998). Viimeisimpiä käsityksiä kasvatuksen merkityksestä ihmisen persoonallisuuden rakentumiselle edustaa näkemys, jonka mukaan lapsen kehityksen kannalta keskeisintä on se, millaiseksi hän on kokenut kotinsa kasvatusilmapiirin (Pulkkinen 1994; Korhonen 1999). Kasvuympäristön lämmön ja turvallisuuden puutteen yhteys myöhäisessä keski-ikässä mitattuun masentuneisuuteen näkyi tutkimuksessamme kaikissa kolmessa naisten kohortissa. Miehillä oli havaittavissa sama trendi vuosien 1988 ja 1996 kohorteissa, vuonna 1988 erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Tämä tutkimustulos on varsin merkittävä ja vahvistaa aikaisemmin pääosin nuoremmilla ikäryhmillä tehdyissä tutkimuksissa saatua havaintoa lapsuus- ja nuoruusiän vuorovaikutussuhteiden laadun merkityksestä ihmismielen rakentumiselle.

Mielen hyvinvointi on rakentunut ja sitä rakennetaan kanssaeläjien kera. Raskaimpiin kuuluva kokemus aikuisiällä on puolison menettäminen. Leskeksi jääminen merkitsee kumppanin poistumisen lisäksi toisen ihmisen kanssa jaetun arjen ja siihen liittyvän merkityksmaailman katoamista. Lesket, erityisesti miehet, olivat tutkimuksessamme selvästi avio- tai avoliitossa olevia masentuneempia vuosien 1988 ja 2004 kohorteissa, vaikka tilastollista merkitsevyyttä ei saavutettu miesleskien pienen lukumäärän vuoksi.

Leskeksi jäämisen seurauksena saattavat vähetä myös puolison kautta perheeseen liittyneet ystävät. Näin leski usein kokee sekä sosiaalista että emotionaalista yksinäisyyttä (Tiikkainen ym. 2004a). Etsittäessä keinoja erityisesti leskien yksinäisyyden vähentämiseksi on tärkeitä muistaa sekä miesten että naisten läheisyyden ja arjen sujumisen sekä kunnioituksen ja avun tarpeet, jotka voivat varsinkin arjen sujumisessa olla erilaisia (vrt. Tiikkainen ym. 2004b, Tiikkainen ja Heikkinen 2005).

Tässä mielen hyvinvointia kartoittavassa kohorttitutkimuksessa ei paneuduttu varsinaisesti psyykkisen oireilun syihin. Tulokset viestivät kuitenkin siitä, että ihmissuhteiden sujuvuus ja yhteisyys luovat psyykkistä hyvinvointia. Elämän merkitysten rakentuminen on vuorovaikutteista. Tunteet syntyvät ja elävät vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksen laatu on yhteydessä mieleemme hyvinvointiin, ja siksi siihen kannattaa panostaa.

## KIRJALLISUUS

Andersson L, Stevens N. Associations between early experiences with parents and well-being in old age. *Journal of Gerontology, Psychological Sciences* 1993; 48: 109–116.

Antonucci T, Akiyama H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology* 1987; 42: 519–527.

Angst J, Volrath M. The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 446–462.

Beck A, Beck R. Screening depressed patients in family practise. *Journal of Postgraduate Medicine* 1972; 52: 81–85.

Belsky J. Interactional and contextual determinants of attachment security. Julkaisussa: Cassidy J, Shaver P. *Handbook of attachment, theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press, 1999: 249–263.

Blazer D. Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences* 2003; 58: M249–M265.

Bowlby J. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988.

Brown G, Harris T, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: a patient and non-patient comparison. *Journal of Psychological Medicine* 1995; 25: 7–21.

Clark L, Watson D. Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. Julkaisussa: Becker J, Kleinman A. *Psychosocial aspects of depression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991: 39–65.

Elias N. On human being and their emotions. A process sociological essay. Julkaisussa: Featherstone M, Hepworth M, Turner B, eds. *The body: social process and cultural theory*. London: Sage, 1991: 103–125.

Eskola A. *Vuorovaikutus, muutos, merkitys*. Helsinki: Tammi, 1982.

Gilbert P. *Depression. The evolution of powerlessness*. New York: Guilford Press, 1992.

Heikkinen R-L. Elinolot. Julkaisussa: Jylhä M, toim. *Vanhuusikä muutoksessa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6, 1993: 11–17.

Heikkinen R-L. Depressed mood among the elderly in Jyväskylä. A five-year follow-up. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; (Suppl 53): 66–78.

Heikkinen R-L. *lääkäiden depressiomaisema*. Helsinki: Kirjayhtymä, 1998.

Heikkinen R-L. Mieliala 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiverailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 67–80.

Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2004; 38: 239–250.

Helset A. Gamle kvinder i Norden: rike eller fattige? Julkaisussa: Gamle kvinder i Norden. Oslo: Nordisk Gerontologisk Institut, Rapport 6, 1991: 215–240.

Kivelä S, Luukinen H, Koski K, Viramo P, Pakkala K. Early loss of mother or father predicts depression in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 527–530.

Klaukka T. Lääkehuolto ja lääkkeiden käyttö. Julkaisussa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Stakes, KTL, 2005: 392–398.

Korhonen M. Isyyden muutos. Keski-ikäisten miesten lapsuuskokemukset ja oma vanhemmuus. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja 39, 1999.

Lampinen P, Heikkinen R-L. Gender differences in depressive symptoms and self-esteem in different physical activity categories among older adults. *Women in Sport and Physical Activity Journal* 2002; 11: 171–197.

Lönnqvist J. Mielenterveyden ongelmat. Julkaisussa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Stakes, KTL, 2005: 178–182.

Mader W. Emotionality and continuity in biographical context. Julkaisussa: Birren J, Kenyon G, Ruth J-E, Schroots J, Svensson T, eds. Aging and biography. Explorations in adult development. New York: Springer, 1996: 39–60.

Notkola V, Virolainen R, Tupi K, ym. Viljelijöiden työterveyshuollon seuranta- ja kehittämistutkimus 1985–1987. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 25, 1990.

Pulkkinen L. Millaista lastenkasvatusta nykytutkimus suosittelee? Julkaisussa: Virkki J, toim. Ydinperheestä yksilöllistyyiin perheisiin. Helsinki: WSOY, 1994: 26–45.

Pörn I. Health and adaptedness. *Theoretical Medicine* 1993; 14: 295–303.

Raitasalo R. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1, 1995.

Raitasalo R, Notkola V. Viljelijäväestön mielenterveyden ongelmien seulonta ja terveydenhuolto. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1987; 24: 232–241.

Rauhala U. Köyhyys- ja huono-osaisuusongelman lähtökohdista ja ratkaisuyrityksistä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja, 1991.

Thompson R. Early attachment and later development. Julkaisussa: Cassidy J, Shaver PR, eds. Handbook of attachment, theory, research, and applications. New York: Guilford Press, 1999: 265–285.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging and Mental Health* 2005; 9: 526–534.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L, Kauppinen M. Jyväskyläläisten 80- ja 85-vuotiaiden kokema yksinäisyys, yksinäisyyteen yhteydessä olevat ja yksinäisyyttä ennustavat tekijät 5-vuotisseurauksen aikana. *Gerontologia* 2004a; 4: 257–265.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L, Leskinen E. The structure and stability of perceived togetherness in elderly people during a 5-year follow-up. *Journal of Applied Gerontology* 2004b; 23: 279–294.

Weiss R. Reflections on the present stage of loneliness research. Julkaisussa: Hojat M, Crandal R, eds. *Loneliness. Theory, research and applications*. London: Sage, 1989: 1–15.

*Tiina-Mari Lyyra, Anna-Liisa Lyyra ja Pirjo Tiikkainen*

***SOSIAALISET SUHTEET JA NIIDEN TOIMIVUUS  
65–69-VUOTIAILLA JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ  
VUOSINA 1988, 1996 JA 2004***

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	103
SAMMANDRAG .....	104
ABSTRACT .....	105
1 JOHDANTO .....	106
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	106
3 TULOKSET .....	107
3.1 Lapset ja lastenlapset .....	107
3.2 Ystävät, luotettavat henkilöt ja auttaminen .....	109
3.3 Yksinäisin ikävaihe ja yksinäisyyden syyt .....	112
4 POHDINTA .....	115
KIRJALLISUUS .....	117

## Tiivistelmä

Lyrra T-M, Lyrra A-L, Tiikkainen P. **Sosiaaliset suhteet ja niiden toimivuus 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivotailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 101–118.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta kolmessa 65–69-vuotiaiden ihmisten kohortissa. Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin yhteistyönä toteutettua Ikivihreät-projektia. Sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta tarkasteltiin suhteessa lasten ja lastenlasten määriin sekä sen perusteella, kuinka usein ja riittävästi heitä tavataan. Tutkimuksessa tiedusteltiin myös ystävien sekä luotettujen ja huolehtivien henkilöiden määrää, pitkäaikaisen ystävyysuhteen olemassaoloa, yksinäisyyden kokemuksia eri ikäkausina sekä omia käsityksiä yksinäisyyden syistä. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, kuinka usein ja minkätyyppisissä arkipäivän toiminnoissa he auttoivat jotakuta. Vaikka myöhäisemmissä kohorteissa lasten määrä oli pienempi, oli lastenlapsia kuitenkin viimeisimmässä kohortissa yhtä paljon kuin aiemmin. Lapsia ja lastenlapsia tavattiin viimeisimmässä kohortissa harvimminkin, myös tapaamisten määrä koettiin usein riittämättömäksi. Naisilla ei leskeksi jääminen enää ollut niin yleinen yksinäisyyden syy vuonna 2004 kuin aiemmin tutkituissa kohorteissa, avioerot sitä vastoin ilmoitettiin useammin syyksi yksinäisyyteen kuin aiemmin. Sekä miesten että naisten apu läheisilleen erilaisissa arkipäivän toiminnoissa oli viimeisessä kohortissa yleisempää kuin aikaisemmin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että myöhempiin kohortteihin kuuluvilla ikääntyvillä ihmisillä ystävien määrä on suurempi ja sosiaalista tukea annetaan enemmän kuin aiemmissa kohorteissa, mutta lapsia ja etenkin lastenlapsia ei tavata riittävästi.

**Avainsanat:** sosiaalinen tuki, sosiaaliset verkostot, ikääntyvät ihmiset, kohorttivotailututkimus



## Sammandrag

Lyyra T-M, Lyyra A-L, Tiikkainen P. **65–69-åriga Jyväskyläbors sociala relationer 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 101–118.

I denna studie betraktades sociala relationer utgående från tre kohorter av personer i åldern 65–69 år. Studien är en del av Evergreen-projektet som har genomförts i samarbete mellan Jyväskylä universitet och Jyväskylä stad. De sociala relationerna granskades i förhållande till antalet barn och barnbarn samt till hur ofta de äldre träffar dem och om det är tillräckligt. I undersökningen kartlades även hur många vänner de undersökta personerna hade och hur många som tar hand om dem eller står dem nära, förekomsten av långvariga vänskapsförhållanden, känslor av ensamhet vid olika åldrar samt personernas egna uppfattningar om orsakerna till ensamheten. Därtill frågades de undersökta hur ofta och i vilken typ av hushållsgöromål de hjälpte någon annan. Även om personerna i den senaste kohorten hade färre barn hade personerna i den sista kohorten lika många barnbarn än de tidigare. De äldre i den sista kohorten träffade sina barn och barnbarn mest sällan, och även antalet besök ansågs ofta vara otillräckligt. De kvinnor som blev änkor kände sig inte längre lika ensamma som i de tidigare kohorterna, skilsmässa däremot betraktades oftare än tidigare som orsak till ensamhet. Både män och kvinnor i den sista kohorten hjälpte närstående mera i olika vardagliga uppgifter än vad de tidigare kohorterna gjorde. Man kan dra den slutsatsen att de äldre som hör till de senare ålderskohorterna har flera vänner och får och ger mera socialt stöd, men inte träffar sina barn och speciellt inte sina barnbarn tillräckligt.

**Nyckelord:** socialt stöd, socialt nätverk, åldrande människor, kohortundersökning

## Abstract

Lyyra T-M, Lyyra A-L, Tiikkainen P. **Social relationships and their functioning among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 101–118.

This study examined social relationships and their functioning among 65–69-year-old men and women in three cohorts. The study was part of the Evergreen project carried out in the University of Jyväskylä in cooperation with the city of Jyväskylä in Central Finland. Social relationships and their functioning were assessed with the number of children and grandchildren, the frequency of meeting them, and how satisfied the respondents were with this frequency. The questions also addressed the number of friends, confidants, life-long friends and persons who could be relied to care for the respondents if needed, as well as perceptions of loneliness in different stages of life and the main reasons for it. The respondents were also asked how often they helped someone in everyday activities and what the help consisted of. In the latest cohort the number of children was lower but the number of grandchildren higher than in the earlier ones. The frequency of meeting children and grandchildren was lowest in the latest cohort and was often experienced as inadequate. In the latest cohort of women, the main reason for loneliness was no longer widowhood but the growing rate of divorce. Helping others was more common in the latest cohort. To conclude, ageing people in the later cohorts had more friends and were more likely than the earlier cohorts to help other people, but felt that the frequency of meeting their children and grandchildren was inadequate.

**Key words:** social relationships, social support, older people, cohort study

## 1 JOHDANTO

Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että sosiaalisilla suhteilla on yhteys parempaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä toimintakykyyn iäkkäillä ihmisillä (Bosworth ja Schaie 1997; Krause 1997; Lennartsson 1999; Avlund ym. 2004) samoin kuin pienentyneeseen kuolleisuuden riskiin (Berkman ja Syme 1979; Seeman ym. 1987; Jylhä ja Aro 1989; Walter-Ginzburg ym. 2002). Myös hyväksi koetun sosiaalisen yhteyden on havaittu ennustavan eloonjäämistä iäkkäillä ihmisillä (Lyyra ja Heikkinen 2006).

Sosiaalisia suhteita voidaan tarkastella määrällisesti kyselemällä merkityksellisten ihmissuhteitten lukumääriä tai laadullisesti, jolloin huomio kiinnitetään suhteiden toimivuuteen. Sosiaalista tukea jaetaan joko niin kutsutussa primaariryhmässä, perheen tai läheisten ja ystävien kesken, tai laajemmassa niin sanotussa sekundaariryhmässä (Weiss 1973).

Laajasti ottaen on olemassa kaksi hypoteesia siitä, millä tavoin sosiaaliset suhteet ovat yhteydessä parempaan terveyteen ja pienentyneeseen kuolleisuusriskiin. Stressiin liittyvä hypoteesi näkee sosiaalisen verkoston toimivan eräänlaisena puskurina elämän stressitilanteiden ja yksilön välillä vähentäen stressin haitallisia vaikutuksia (Uchino 2004). Toisen hypoteesin, suoran vaikutuksen mallin, ajatellaan toimivan kahdella tavalla. Ensinnäkin sosiaalisten suhteiden sinänsä katsotaan vaikuttavan ihmisten terveyskäyttäytymiseen ja edesauttavan esimerkiksi terveyspalvelujen saatavuutta edistäen näin hyvää terveyttä (Berkman ja Syme 1979; Penninx ym. 1997), ja toisaalta sosiaalisten suhteiden nähdään vaikuttavan yksilön henkiseen hyvinvointiin siten, että toimiva sosiaalinen verkosto parhaimmillaan antaa iäkkäälle ihmiselle kokemuksia itsearvostuksesta ja turvallisuudesta sekä siitä, että häntä yhä tarvitaan (Thoits 1983; Van Baarsen 2002).

Tämä tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta kolmessa kohortissa.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Vuoden 1988 kohorttitutkimukseen osallistui 362 65–69-vuotiaasta jyvaskyläläistä henkilöä, jotka olivat syntyneet vuosina 1919–1923. Toiseen, vuonna 1996 tehtyyn tutkimukseen osallistui 320 samaa ikäryhmää edustavaa jyvaskyläläistä, jotka olivat syntyneet vuosina 1927–1931. Kolmanteen tutkimukseen vuonna 2004 osallistui 292 vuosina 1935–1939 syntynyttä jyvaskyläläistä. Aineistot on kuvattu tarkemmin Kauppinen ja Salon artikkelissa tässä julkaisussa. Vuoden 2004 kohortin miehistä 82,4 % oli naimisissa ja naisilla vastaava luku oli 50,6 %. Naisista useammat olivat naimisissa ja leskeksi jääneitä oli vähemmän kuin aikaisemmissa kohorteissa. (Ks. myös Rautio ja Lampinen tässä julkaisussa.)

Sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta tarkasteltiin lasten, lastenlasten sekä ystävien ja luotettujen ja huolehtivien henkilöiden lukumäärinä, lasten ja lastenlasten tapaamistiheytenä ja niiden koettuna riittävyysnä. Tutkittavilta tiedusteltiin myös pitkäaikaisen ystävyssuhteen olemassaoloa, yksinäisyyden kokemuksia eri ikäkausina sekä omia arvioita yksinäisyyden syistä. Lisäksi selvitettiin, kuinka usein ja monessako asiassa tutkittavat auttoivat jotakuta toista henkilöä. (Liite 1, kysymykset 88–101.)

Kohortti- ja sukupuolierot testattiin  $\chi^2$ -testillä. Tarvittaessa merkitsevyystaso estimoitii Monte Carlo -menetelmällä. Jakaumien erojen yksityiskohtaisemmissa tulkinnoissa käytettiin standardoituja jäännöksiä. Testit ja analyysit tehtiin SPSS 13.0 for Windows -ohjelmistolla (SPSS for Windows 1999).

### 3 TULOKSET

#### 3.1 Lapset ja lastenlapset

Lasten määrä oli myöhäisimmissä kohorteissa pienempi kuin varhaisemmassa, mutta lapsettomien miesten prosentuaalinen osuus oli pienentynyt (taulukko 1). Kaksilapsisten naisten osuus lisääntyi merkitsevästi, lähinnä useampilapsisten osuuden kustannuksella. Miehillä suuntaus oli samanlainen. Myöhäisimmässä kohortissa lapsettomien miesten osuus oli merkitsevästi pienempi kuin lapsettomien naisten, kun taas monilapsisia miehiä oli enemmän kuin naisia.

**Taulukko 1.** Lasten lukumäärä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–39 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 142)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 173)	p	
Lasten lukumäärä									
Ei lapsia	9,2	12,9	5,0		15,9	15,5	17,9		<u>1988</u>
Yksi	14,8	14,4	16,0		18,2	19,8	17,9		0,254
Kaksi	23,9	33,3	42,0	0,053	23,2	20,3	38,2	<b>0,001</b>	<u>1996</u>
Kolme	27,5	22,7	19,3		21,4	26,7	17,3		0,121
Neljä tai useampia	24,6	16,7	17,6		21,4	17,6	8,7		<u>2004</u>
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		<b>0,006</b>

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Vuonna 1988 naisista joka neljäs tapasi lapsiaan päivittäin, vuoden 2004 kohortissa vain joka kymmenes. Kohorttien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p = 0,004$ ). Miehillä suuntaus oli samanlainen ( $p = 0,072$ ). Sukupuoliero oli merkitsevä ainoastaan vuonna 1996 tutkitussa kohortissa ( $p = 0,014$ ). Miesten joukossa suurimmat ryhmät olivat ne, jotka tapasivat lapsiaan päivittäin, sekä ne, jotka tapasivat harvemmin kuin kerran kuussa. Naisista suurin osa tapasi lapsiaan viikoittain.

Taulukossa 2 esitetään koettu lasten tapaamisten riittävyys. Vuonna 1988 tutkitun kohortin naisista joka neljäs toivoi useampia tapaamisia lastensa kanssa vastaavan osuuden ollessa 40 % vuonna 2004. Miehillä oli havaittavissa samanlainen suuntaus.

**Taulukko 2.** Koettu lasten tapaamisten riittävyys 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiverailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Lasten tapaamisten riittävyys	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 126)	1996 (n = 111)	2004 (n = 113)	p	1988 (n = 182)	1996 (n = 159)	2004 (n = 140)	p	
Tapaa riittävästi	77,8	70,3	66,4	0,136	75,8	74,8	60,7	0,005	1988 0,690
Haluaisi tavata useammin	22,2	29,7	33,6		24,2	25,2	39,3		1996 0,405
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		2004 0,353

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Lastenlasten määrässä ei ollut merkitseviä eroja kohorttien välillä. Kaikissa kolmessa kohortissa noin joka viidennellä miehellä ja joka kolmannella naisella ei ollut lastenlapsia lainkaan. Yli 25 %:lla miehistä oli vähintään neljä lastenlasta, kun taas naisilla vastaava luku vaihteli 34 %:n ja 42 %:n välillä. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja verrattaessa lastenlasten lukumääriä.

Myöhäisimmän kohortin isoisista kolmasosa (34 %) tapasi lastenlapsiaan kuukausittain ja kolmasosa (33 %) viikoittain. Tapaamiskertojen tiheydessä ei miehillä ollut merkitseviä eroja kohorttien välillä. Naisilla tapaamiset olivat kohorttien välillä merkitsevästi harventuneet ( $p = 0,006$ ); päivittäin tai viikoittain lastenlapsiaan tapaavien isoäitien osuus väheni vuonna 1988 tutkitun kohortin 64 %:sta vuonna 2004 tutkitun 46 %:iin. Vastaavasti kuukausittain tai harvemmin lastenlapsiaan tapaavien osuus oli kasvanut.

Kysyttäessä, tapaavatko tutkittavat lastenlapsiaan riittävästi, varhaisimman kohortin miehistä yli kaksi kolmasosaa vastasi myöntävästi, myöhäisempien kohorttien miehistä

ainoastaan puolet (taulukko 3). Useampia tapaamisia toivoi vuonna 1988 tutkitussa kohortissa kolmasosa miehistä vastaavan osuuden ollessa uusimmissa kohorteissa yli puolet. Vuosina 1988 ja 1996 tutkittujen kohorttien naisista noin 60 % koki tapaavansa riittävästi lapsenlapsiaan, kun vastaava osuus uusimmassa kohortissa oli vain 43 %. Niiden isoäitien osuus, jotka haluaisivat tavata lastenlapsiaan useammin, oli vastaavasti noussut 40 %:sta lähes 60 %:iin. Sukupuolten välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa tapaamiskertojen riittävyydessä.

**Taulukko 3.** Lastenlasten tapaamisen riittävyys 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Lastenlasten tapaamisen riittävyys	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 112)	1996 (n = 98)	2004 (n = 97)	p	1988 (n = 163)	1996 (n = 146)	2004 (n = 118)	p	
Tapaa riittävästi	70,5	49,5	49,5	<b>0,002</b>	59,5	61,0	43,2	<b>0,007</b>	<u>1988</u> 0,061
Haluaisi tavata useammin	29,5	50,5	50,5		40,5	39,0	56,8		<u>1996</u> 0,087
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		<u>2004</u> 0,410

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

### 3.2 Ystävät, luotettavat henkilöt ja auttaminen

Ystävien lukumäärä oli lisääntynyt ajan myötä (taulukko 4). Erot kohorttien välillä olivat merkitseviä sekä miehillä että naisilla. Vuonna 1988 joka viides mies oli ilman yhtään ystävää, kun taas viimeisessä kohortissa vastaava luku oli 8 %. Vuonna 1996 tutkitun kohortin miehistä 16 %:lla ja uusimman kohortin miehistä 30 %:lla oli 2–3 ystävää. Naisista 16 % oli ilman yhtään ystävää vuonna 1988, kun vuonna 2004 vastaava osuus oli 6 %. Erot kohorttien välillä olivat merkitseviä. Miehillä oli useampia ystäviä kuin naisilla, joskin ero oli hieman kaventunut vuodesta 1988 vuoteen 2004.

Luotettavan henkilön olemassaoloa selvitettiin kysymällä, kuinka monta sellaista ihmistä tutkittava tuntee, jonka kanssa hän voi jakaa murheet ja joka välittää hänestä. Naiskohorttien välillä erot olivat tilastollisesti merkitseviä ( $p = 0,006$ ), ja miehillä erot olivat suuntaa-antavia ( $p = 0,076$ ). Sellaisten naisten määrä, joilla ei ollut yhtään luotettavaa ystävää, oli vähentynyt vuonna 1988 tutkitun kohortin 8 %:sta vuonna 2004 tutkitun kohortin 2 %:iin. Miehillä vastaavat luvut olivat 11 % vuonna 1988 ja 3 % vuonna 2004.

**Taulukko 4.** Ystävien lukumäärä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiverailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Ystävien lukumäärä	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 132)	1996 (n = 131)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 217)	1996 (n = 184)	2004 (n = 171)	p	
0	20,5	18,3	7,6		16,1	12,0	6,4		1988:
1	3,8	7,6	7,6		19,4	11,4	10,5		<b>&lt; 0,001</b>
2–3	15,9	27,5	30,3	<b>0,021</b>	37,8	38,6	45,0	<b>0,004</b>	1996:
4–5	29,5	21,4	25,2		17,1	20,7	24,0		0,082
6–	30,3	25,2	29,4		9,7	17,4	14,0		2004:
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		<b>0,012</b>

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Pitkäaikaisia ystävyys-suhteita tiedusteltiin kysymällä, onko vastaajalla koko aikuisuuden läpi jatkuneita ystävyys-suhteita. Vastausvaihtoehdot olivat ei, on ollut ja on yhä. Tiedot saatiin vuosina 1996 ja 2004 tutkituista kohorteista. Uusimman kohortin miehillä oli yleisemmin pitkäaikainen ystävyys-suhde kuin 1996 kohortissa ( $p = 0,001$ ). Aikaisemman kohortin miehistä alle puolet ilmoitti, että heillä on olemassa aikuisuuden läpi jatkunut ystävyys-suhde, ja uusimmassa kohortissa vastaava osuus oli kaksi kolmannesta. Vuonna 1996 tutkitun kohortin miehistä 16 % ilmoitti, että heillä oli ollut aikaisemmin tällainen ystävyys-suhde, kun taas uusimman kohortin miehistä vain 4 % vastasi näin. Naisilla kohorttien välinen ero oli samansuuntainen, joskaan ei tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,098$ ). Harvemmillä vuonna 1996 tutkitun kohortin miehellä kuin naisella oli aikuisuuden läpi jatkunut ystävyys-suhde, mutta jälkimmäisessä kohortissa ero oli tasoittunut.

Miehet nimesivät läheisimmäksi henkilöksi useimmin avio- tai avopuolison: vuonna 1988 tutkitussa kohortissa osuus oli 73 %, 1996 tutkitussa kohortissa 71 % ja 2004 tutkitussa kohortissa 83 %. Kohorttien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Avio- tai avopuoliso oli alle puolelle naisista läheisin henkilö. Lasten merkitys läheisimpinä henkilöinä oli vähentynyt ja muiden sukulaisten merkitys puolestaan kasvanut. Vuonna 1988 tutkitun kohortin naisista hieman yli 40 % ilmoitti lapsen läheisimmäksi henkilök-si, 1996 tutkitussa kohortissa 39 % ja 2004 tutkitussa kohortissa enää 28 %. Naisten kohorttierot olivat tilastollisesti merkitseviä ( $p = 0,022$ ).

Kysyttäessä, kuinka monta sellaista ihmistä vastaaja tuntee, jotka voivat huolehtia heistä niin pitkään kuin on tarpeen, esim. sairauden vuoksi, havaittiin kohortteja vertailtaessa, että yhä useampi tutkittava mainitsi ainakin yhden huolehtivan henkilön (taulukko 5).

Ilman yhtään huolehtivaa henkilöä olevien miesten ja naisten osuudet putosivat puoleen vuodesta 1988 vuoteen 2004 naisten osuuden ollessa kuitenkin edelleen kaksinkertainen miehiin nähden. Sukupuoliero oli merkitsevä vuonna 1988 tutkitussa kohortissa. Tuolloin naisista kolmanneksella ei ollut yhtään huolehtivaa henkilöä, miehistä vain 16 %:lla.

**Taulukko 5.** Huolehtivien henkilöiden olemassaolo 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä henkilöillä 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Huolehtivien henkilöiden määrä	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 136)	1996 (n = 131)	2004 (n = 118)	p	1988 (n = 218)	1996 (n = 183)	2004 (n = 169)	p	
Ei yhtään	16,2	19,8	8,5		33,5	25,7	16,6		<u>1988</u>
Yksi henkilö	25,7	38,2	36,4	<b>0,006</b>	23,9	27,9	27,8	<b>0,009</b>	<b>0,001</b>
2–3 henkilöä	29,4	26,7	37,3		27,5	33,3	41,4		<u>1996</u>
> 3 henkilöä	28,7	15,3	17,8		15,1	13,1	14,2		0,173
									<u>2004</u>
									0,114
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Kartoitettaessa tutkittavien toimintaa sosiaalisessa verkostossa auttavana osapuolena heiltä tiedusteltiin, minkälaisissa arkipäivän toiminnoissa he auttoivat läheisiään. Kysymykset koskivat esimerkiksi ruoanlaittoa, siivousta, pyykin pesua, lasten hoitoa, kävelyllä käyttämistä, ostoksilla käyntiä ja asioiden hoitoa. Taulukossa 6 kuvataan, monessako asiassa tutkittavat auttoivat jotakuta. Avun antaminen lisääntyi erittäin merkitsevästi sekä miehillä että naisilla. Apua kokonaan antamattomien osuus oli pienin vuonna 2004 tutkitussa kohortissa sekä miehillä että naisilla, ja vastaavasti yhä useampi myöhäisimmän kohortin tutkittavista auttoi jotakuta kolmessa tai useammassa asiassa verrattuna aikaisempiin kohortteihin.



**Taulukko 6.** Monessako asiassa auttaa jotakuta: 65–69-vuotiaat jyvaskyläläiset miehet ja naiset vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Monessako asiassa auttaa	Miehet				Naiset				Suku-puoli-erot, p
	1988 (n = 142)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 173)	p	
Ei lainkaan	45,1	42,4	23,5	<b>0,001</b>	47,3	44,7	32,9	<b>&lt; 0,001</b>	1988
Yhdessä	19,7	20,5	26,9		30,5	26,1	23,7		<b>0,015</b>
Kahdessa	17,6	13,6	12,6		8,6	10,1	22,5		1996
Kolmessa tai useammassa	17,6	23,5	37,0		13,6	19,1	20,8		0,449
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		2004
									<b>0,005</b>

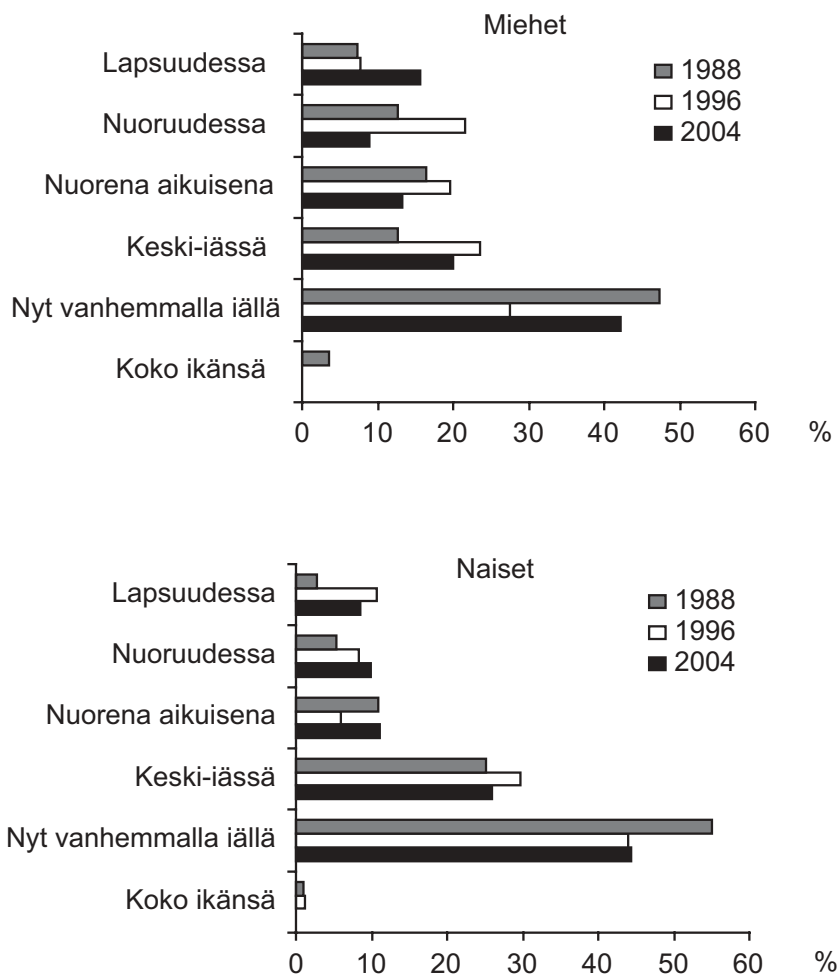
Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

### 3.3 Yksinäisin ikävaihe ja yksinäisyyden syyt

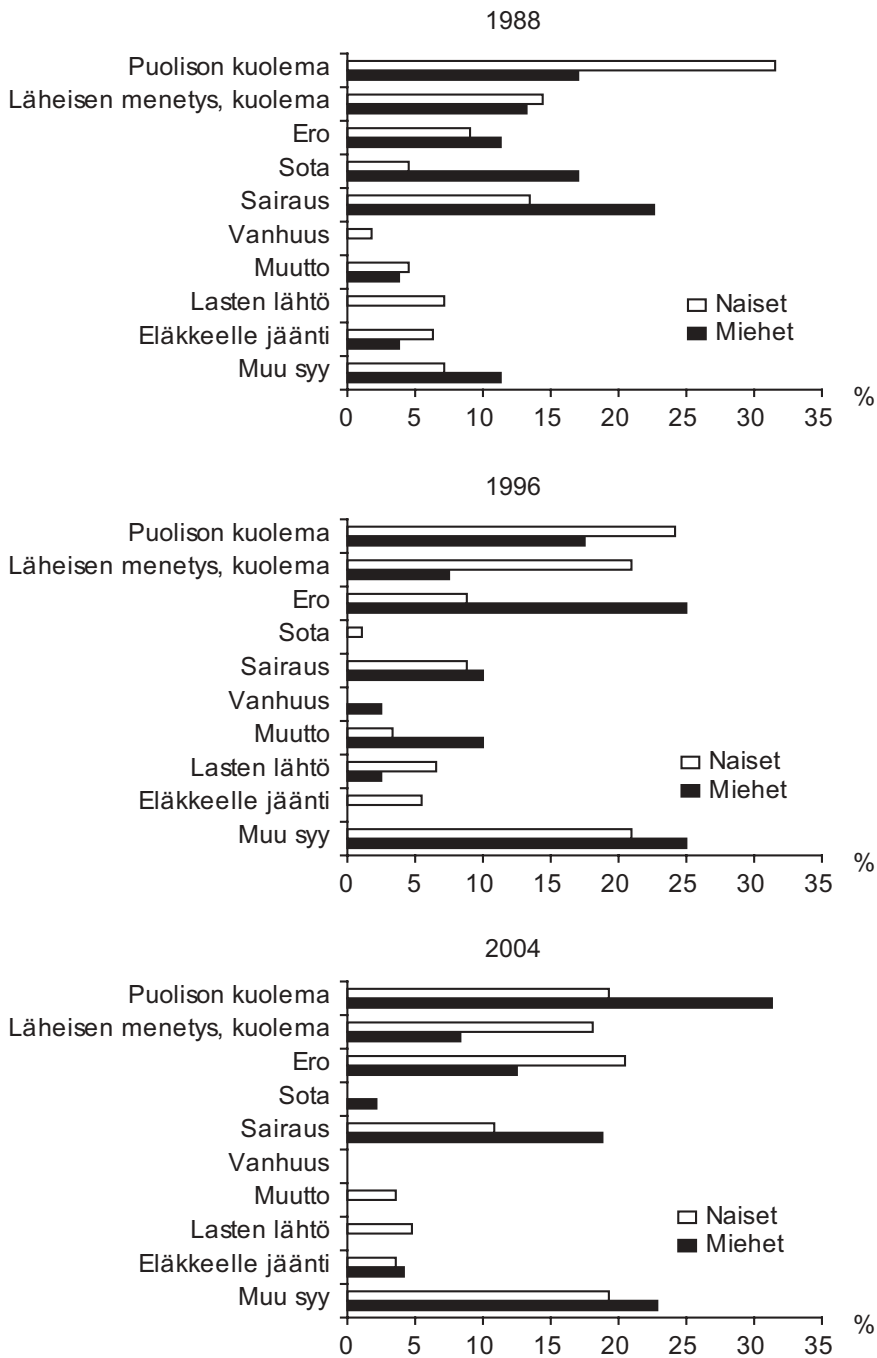
Tarkasteltaessa tutkittavien arviota yksinäisimmästä ikävaiheesta elämänkulun aikana jokaisen kohortin miehistä noin 60 % ja naisista noin puolet ei ollut kokenut yksinäisiä ikäkausia lainkaan. Kaikissa kolmessa kohortissa yksinäisyyttä ainakin joskus kokeneet miehet sekä naiset olivat yksinäisimpiä ”nyt vanhemmalla iällä” (kuvio 1). Erityisesti tämä näkyi vuonna 1988 tutkitun kohortin naisilla. Myöhemmissä kohorteissa ero yksinäisimpien ikäkausien välillä ei ollut enää yhtä suuri. Naisilla myös keski-ikässä koettu yksinäisyys oli yleisempää kuin miehillä kaikissa kohorteissa. Kohorttien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja (miehet  $p = 0,326$ ; naiset  $p = 0,414$ ). Yksinäisten ikävaiheiden ja siviilisäädyn välisiä suhteita tarkasteltaessa havaittiin, että naimissa olevat eivät juurikaan kokeneet yksinäisyyttä. Lesket kokivat vanhuuden ja eronneet keski-ikänsä yksinäisimpänä ikävaiheena.

Yksinäisyyden syitä selvitettiin kysymällä, minkä asian tai tapahtuman tutkittavat arvioivat aiheuttaneen eniten yksinäisyyttä elämän aikana. Yksinäisyyttä kokeneet aikaisimman kohortin naiset arvioivat, että tällainen tapahtuma oli puolison kuolema (kuvio 2). Kohorttien väliset erot eivät olleet naisilla tilastollisesti merkitseviä. Eri kohorttien miehet erosivat toisistaan siten, että aikaisimmalla kohortilla sairaudet, sota ja puolison kuolema mainittiin yksinäisyyttä aiheuttavana tekijänä, kun taas myöhimmissä kohortissa selkeästi yleisin syy oli puolison kuolema ( $p = 0,006$ ). Sukupuolieroja löytyi siten, että ensimmäisen tutkimuskerran naisilla leskeytyminen oli yleisempi yksinäisyyden syy kuin miehillä, kun miesten yksinäisyyteen oli yleisemmin syynä sota. Lasten kotoa lähdön ilmoitti yksinäisyyden syyksi kaikista ensimmäisen tutkimuskerran naisista 4 %, miehistä ei kukaan. Vuonna 1996 tutkitussa kohortissa eläkkeelle jäänti oli syynä yksinäisyyteen 3 %:lla kaikista naisista, miehistä sitä ei maininnut kukaan. Vuonna 2004 ei enää yksikään maininnut vanhuutta yksinäisyyden syyksi.

**Kuvio 1.** Yksinäisin ikävaihe 65–69-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Eri ikävaiheissa yksinäisyyttä ainakin joskus kokeneiden prosenttiosuudet.



**Kuvio 2.** Syyt koettuun yksinäisyyteen 65–69-vuotiailla miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Eri syistä yksinäisyyttä ainakin joskus kokeneiden prosenttiosuudet.



#### 4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin 65–69-vuotiaiden henkilöiden sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta kolmessa ikäkohortissa vuosina 1988, 1996 ja 2004. Sosiaalisia suhteita tarkasteltiin sekä määrällisesti että laadullisesti.

Myöhemmin syntyneiden kohorttien kohdalla oli havaittavissa perhekoon pieneneminen ja perhekeskeisyyden väheneminen varhaisempaan kohorttiin verrattuna. Vuosina 1919–1923 syntyneillä naisilla ja miehillä oli enemmän lapsia kuin myöhemmillä kohorteilla, joilla oli yleisimmin kaksi lasta. Varhaisimman kohortin kohdalla lasten lukumäärää selittävät heti sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat. Myöhäisempien kohorttien naisista suurempi osa on käynyt ansiotyössä, ja heillä oli paremmat mahdollisuudet vaikuttaa lasten lukumäärään esimerkiksi ehkäisyn käytön yleistyessä. Miehillä ei lasten väheneminen näy niin selkeästi, mihin lienevät syynä lisääntyneet avioerot ja nykyajan miesten uusperheet. Lastenlasten määrä sen sijaan ei ollut vähentynyt kohortista toiseen.

Paitsi lasten määrä myös tapaamiset lasten kanssa olivat vähentyneet erityisesti myöhemmin syntyneillä naiskohorteilla. Vuoden 1994 vanhusbarometrin mukaan yli 60-vuotiaista noin kolmannes oli yhteydessä perheeseensä tai lähiomaisiin päivittäin ja ystäviinsä hieman yli viidennes. Vuonna 1998 kootussa vanhusbarometrissä vastaavat luvut olivat 47 % ja 35 %, eli sosiaaliset kontaktit olivat lisääntyneet. Samanaikaisesti ainakin joskus yksinäiseksi itsensä kokevien osuus oli vähentynyt 42 %:sta 36 %:iin (Vanhusbarometri 1999).

Lasten ja lastenlasten tapaamisen koettu riittämättömyys on lisääntynyt hälyttävästi viimeisessä kohortissa verrattuna varhaisempiin. Tähän saattaa olla yhtenä selityksenä se, että perheenjäsenet eivät enää asu niin lähellä toisiaan kuin aiemmin. Sähköisten viestimien lisääntyminen lienee myös vähentänyt vierailukulttuuria, mutta tämä ei tunnu ainakaan tämän tutkimuksen valossa tyydyttävän 65–69-vuotiaita ihmisiä. Routasalon ym. (2003) tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista yksinäisyyttä kokemattomista yli 70 % ja yksinäisyyttä kokevista yli puolet koki tapaavansa lapsiaan riittävästi. Lasten tapaamisten koettu riittämättömyys tuli esille erityisesti yksinäisyyttä kokevilla tutkittavilla. Vuonna 2004 alle puolet koki tapaamiset riittäviksi.

Ystävien määrä ja merkitys on kasvanut kohortista toiseen. Sellaisten henkilöiden osuus oli vähentynyt, joilla ei ollut yhtään ystävää, mutta siitä huolimatta myöhemmin syntyneiden kohortista noin 7 %:lla ei ollut yhtään ystävää. Myös luotettujen henkilöiden sekä pitkäaikaisten ystävien määrä lisääntyi erityisesti miehillä, mitä saattaa selittää miesten pidentynyt elinaika. Miehet pitivät puolisoaan läheisimpänä henkilönä (ks. Akiyama ja Akiyama 1991). Naisilla lasten merkitys läheisimpänä henkilönä vähentyi ja muiden sukulaisen merkitys lisääntyi.

Aikaisemmin Suomessa on kohorttieroja sosiaalisissa suhteissa tutkittu Pohjolaisten ym. (1997) tutkimuksessa. Tarkastelun kohteena olivat epäviralliset sosiaaliset kontaktit. Verrattaessa vuoden 1972 66-vuotiaita vuoden 1992 66-vuotiaisiin ainoastaan miehillä havaittiin ero siten, että myöhäisemmän kohortin miehistä suurempi osuus kuului lähes päivittäin ystäviään tapaavien joukkoon verrattuna aikaisempaan kohorttiin. Naisilla ei eroja löytynyt. Tässä tutkimuksessa ei ystävien tapaamistiheyttä tiedusteltu, mutta miehillä oli naisia enemmän ystäviä. Naisten ja miesten erot ystävien määrässä saattavat selittyä sillä, että naiset ja miehet luokittelevat ystävät eri lailla. Naiset ovat emotionaalisemmin orientoituneita (Van Baarsen ym. 2001) ja edellyttävät ystäväsuhteelta läheisyyttä. Miehet taas voivat pitää ystävinään vähemmän läheisiä ihmisiä, kuten naapureita tai virallisia avunantajia. Antonucci ym. (2002) totesivat monikansallisessa tutkimuksessaan vain vähän eroja sosiaalisten suhteiden määrässä ja laadussa miesten ja naisten välillä.

Myöhäisemmillä kohorteilla oli useampia ystäviä kuin varhaisimman kohortin vastajilla, eivätkä yksinäisyyttä kokeneet enää liittäneet sitä vanhuusikään niin usein kuin aiemmin. Routasalon ym. (2003) tutkimuksessa 20 %:lla yli 75-vuotiaista ei ollut ystävää, kun taas tässä tutkimuksessa alle 10 %:lla ei ollut yhtään ystävää.

Niin sota-aika kuin leskeytyminenkin ovat menettäneet merkitystään syynä yksinäisyyden kokemiseen, vaikkakin lesket kokevat itsensä useammin yksinäisiksi kaikissa kohorteissa (Heikkinen ja Kauppinen tässä julkaisussa). Avioerojen lisääntyminen sen sijaan näkyy siten, että ero nimettiin myöhäisemmässä kohortissa aikaisempaa useammin yksinäisyyden syyksi. Routasalon ym. (2003) tutkimuksessa puolison kuolema sekä oma sairaus ja heikentynyt toimintakyky olivat yleisimmät syyt yksinäisyyteen yli 75-vuotiailla henkilöillä.

Myöhäisemmän kohortin tutkittavat olivat ainakin oman kokemuksensa mukaan terveempiä kuin aikaisempien kohorttien tutkittavat (Leinonen ym. tässä julkaisussa). Tämä vaikuttanee siihen, että kyseisten ikäluokkien ihmiset olivat aktiivisempia (Lyyra ja Lyyra tässä julkaisussa) ja ylläpitivät siten enemmän ystävyssuhteita kuin ennen. Parantunut terveydentila vaikuttanee myös siihen, että avun antaminen lisääntyi selvästi kohortista toiseen. Ystävyssuhteet mahdollistavat vastavuoroisuuden ja riippumattomuuden tunteen kanssakäymisessä (Kivett ym. 2000). Lapset ja sukulaiset antavat käytännön apua ja ystävät puolestaan emotionaalista tukea ja seuraa. Huono fyysinen terveys ja leskeys voivat lisätä erityisesti sukulaiskontaktien määrää ja johtaa ystävyssuhteiden vähenemiseen (Lennartsson 1999; Pinguart 2003). Tässä tutkimuksessa uusimpien kohorttien parempi toimintakyky saattoi vähentää ulkopuolisen avun tarvetta, mikä puolestaan voi heijastua lisääntyneenä tyytymättömyytenä tapaamisiin.

65–69-vuotiaiden sosiaalinen verkosto näyttää siis olevan laajempi kuin aiemmin. Kuitenkin lasten ja etenkin lastenlasten tapaamisen riittämättömyys on asia, johon on syytä kiinnittää huomiota, samoin kuin muihin sosiaalista yhteisyyttä lisääviin toimiin.

## KIRJALLISUUS

Akiyama T, Akiyama H. Social relationships and aging well. *Generations* 1991; 15: 39–50.

Antonucci T, Lansford J, Akiyama H, ym. Differences between men and women in social relations, resource deficits and depressive symptomatology during later life in four nations. *Journal of Social Issues* 2002; 58 (4): 767–783.

Avlund K, Lund R, Holstein B, Due P, Sakari-Rantala R, Heikkinen R-L. The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2004; 59: S44–S51.

Baarsen B van. Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2002; 57: P33–P42.

Baarsen B van, Snijders T, Smit J, Duijn M van. Lonely but not alone: emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61 (1): 119–135.

Berkman L, Syme S. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 1979; 109: 186–204.

Bosworth H, Schaie K. The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: two analytical approaches. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences* 1997; 52: P197–P205.

Jylhä M, Aro S. Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *International Journal of Epidemiology* 1989; 18: 158–164.

Kivett V, Stevenson M, Zwane C. Very-old rural adults: functional status and social support. *Journal of Applied Gerontology* 2000; 19 (1): 58–77.

Krause N. Received support, anticipated support, social class, and mortality. *Research on Aging* 1997; 19: 387–422.

Lennartsson C. Social ties and health among very old in Sweden. *Research on Aging* 1999; 21: 657–681.

Lyrra T-M, Heikkinen R-L. Perceived social support and mortality in older people. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2006; 61: S147–S152.

Penninx B, Tilburg T van, Kriegsman, D, Deeg, D, Boeke A, Eijk J van. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology* 1997; 146: 510–519.

Pinquart M. Loneliness in married, widowed, divorced and nevermarried older adults. *Journal of Social and Personal Relationships* 2003; 20 (1): 31–53.

Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. Socioeconomic status, health and life-style in two cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; (Suppl. 52).

Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3, 2003.

Seeman T, Kaplan G, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology* 1987; 126: 714–723.

SPSS for Windows. Rel. 10.0. Chicago: SPSS, 1999.

Thoits P. Multiple identities and psychological well-being. *American Sociological Review* 1983; 57: 32–36.

Uchino B. Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships. New Haven: Yale University Press, 2004.

Vanhusbarometri. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3, 1999.

Walter-Ginzburg A, Blumstein T, Chetrit A, Modan B. Social factors and mortality in the old-old in Israel: the CALAS study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2002; 57: S308–S318.

Weiss R. Loneliness. The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press, 1973.

*Tiina-Mari Lyyra ja Anna-Liisa Lyyra*

***HARRASTUSTOIMINNOT 65–69-VUOTIAILLA  
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ VUOSINA 1988, 1996 JA 2004***



## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	121
SAMMANDRAG .....	122
ABSTRACT .....	123
1 JOHDANTO .....	124
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	125
3 TULOKSET .....	125
4 POHDINTA .....	129
KIRJALLISUUS .....	131

## Tiivistelmä

Lyyra T-M, Lyyra A-L. **Harrastustoiminnot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 119–132.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten harrastustoimintoja kolmessa kohortissa. Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston ja Jyväskylän kaupungin yhteistyönään toteuttamaa Ikivihreät-projektia. Haastattelukysymykset koskivat taideharrastuksia, järjestö- ja seurakuntatoimintaa, käsitöitä, kirjojen ja lehtien lukemista, opiskelua, matkustelua, radion kuuntelua ja television katselua sekä muita harrastuksia. Myös harrastustoimintojen muutosta eläkkeelle jäännin jälkeen sekä syitä niiden vähenemiseen tai lisääntymiseen kartoitettiin. Kaikissa kolmessa kohortissa useimmin mainittiin sanomalehtien lukeminen ja television katselu, varsinaisista harrastuksista suosituimpia olivat aikakauslehtien lukeminen ja kotimaan matkailu. Suosittuja olivat myös kirjojen lukeminen ja passiiviset taideharrastukset, ulkomaan matkailu ja käsityöt. Naisilla kirjojen lukeminen sekä ulkomaanmatkailu lisääntyivät kohortista toiseen, radion kuuntelu puolestaan vähentyi. Naiset harrastivat miehiä enemmän käsitöitä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että myöhemmin syntyneet ovat eläkkeelle jäätyään aktiivisempia ja heidän harrastustoimintansa on lisääntynyt ja monipuolistunut aiemmin syntyneisiin verrattuna.

**Avainsanat:** harrastukset, vapaa-ajan toiminnot, ikääntyvät ihmiset, eläkkeelle siirtyminen, kohorttivertailututkimus

## Sammandrag

Lyyra T-M, Lyyra A-L. **Hobbyverksamhet bland 65–69-åriga Jyväskyläläbör 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 119–132.

I denna undersökning studerades hobbyverksamheten bland 65–69-åriga män och kvinnor i tre kohorter. Undersökningen är en del av Evergreen-projektet, som har genomförts i samarbete mellan Jyväskylä universitet och Jyväskylä stad. Intervjufrågorna gällde konsthobbyer, organisationsverksamhet och församlingsarbete, handarbete, bok- och tidningsläsande, studier, resor, radiolyssnande och TV-tittande samt andra hobbyer. Även förändringar i hobbyerna efter pensioneringen samt ökning eller minskning i hobbyverksamheten kartlades. I alla tre kohorter nämndes oftast tidningsläsande och TV-tittande, av egentliga hobbyer var de mest populära sysselsättningarna att läsa tidskrifter och att resa i hemlandet. Populära var även sådana hobbyer som att läsa böcker, konsumera konst, göra utlandsresor och att handarbete. Bland kvinnorna ökade bokläsandet och utlandsresorna från den ena kohorten till den andra, radiolyssnandet däremot minskade. Kvinnorna ägnade mera tid åt handarbete än männen. Man kan dra den slutsatsen att de som är födda senare är aktivare efter pensioneringen och har en mera omfattande och mångsidigare hobbyverksamhet än de som är födda tidigare.

**Nyckelord:** hobbyverksamhet, fritidsaktiviteter, pensionering, åldrande människor, kohortundersökning

## Abstract

Lyyra T-M, Lyyra A-L. **Leisure activities among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 119–132.

This study examined leisure activities among 65–69-year-old men and women in three cohorts. The study was part of the Evergreen project carried out in the University of Jyväskylä in cooperation with the city of Jyväskylä in Central Finland. The questions had to do with arts, organisational and church activities, handicrafts, reading newspapers, magazines and books, studying, travelling, watching TV, listening to the radio and other activities. Change in leisure activities after retirement and reasons for increase or decrease of the number of activities were also examined. The most frequently mentioned leisure activities were reading newspapers and watching television. The most popular activities that can be regarded as hobbies were reading magazines and domestic travelling. Reading books, passive arts activities, handicrafts and travelling abroad were also popular. Among women, reading books and travelling abroad increased and listening to the radio decreased significantly from cohort to cohort. Handicrafts were more popular among women than men. To conclude, later born older people are likely to be more active after retirement, and the number of their hobbies has increased and diversified compared to earlier cohorts.

**Key words:** hobbies, leisure activities, retirement, older people, cohort comparison study

## 1 JOHDANTO

Yhtenä onnistuneen vanhenemisen osa-alueista pidetään aktiivista osallistumista erilaisiin toimintoihin hyvän fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä terveyden ylläpitämisen lisäksi (Rowe ja Kahn 1998). Harrastustoiminnot ovat tärkeä osa iäkkäiden ihmisten sosiaalista aktiivisuutta, ja eläkkeellä vapaa-ajan toiminnot saavat erilaisen merkityksen kuin työelämässä olevilla. Eläkeikäisten ajankäyttötutkimuksen mukaan kotona asuvilla 65 vuotta täyttäneillä miehillä kertyy vapaa-aikaa runsaat yhdeksän tuntia vuorokaudessa, naisilla vastaava määrä on puoli tuntia vähemmän (Niemi ja Pääkkönen 1992).

Aktiivisen osallistumisen, kuten esimerkiksi vapaaehtoistyön ja osallistumisen uskonnolliseen toimintaan, on havaittu pidentävän iäkkäiden ihmisten elinikää (Wolinsky ym. 1995). Lisäksi osallistumisen erilaisiin harrastuksiin sekä kotona että sen ulkopuolella on havaittu pienentävän kuolleisuuden riskiä iäkkäillä ihmisillä (Welin ym. 1992; Ljungquist ym. 1996). Glass ym. (1999) havaitsivat, että sosiaaliset aktiviteetit, kuten kirkkosakäynti ja aktiiviset taideharrastukset, sekä hyötyharrastukset, kuten puutarhanhoito ja ruoanlaitto, olivat merkitsevästi yhteydessä iäkkäiden ihmisten pienentyneeseen kuolleisuusriskiin myös silloin, kun fyysinen toimintakyky ja sairaudet oli huomioitu. Myös passiivisten taideharrastusten, kuten osallistumisen kulttuuritapahtumiin, taidenäyttelyihin ja konsertteihin sekä kirjojen lukemisen, on havaittu olevan yhteydessä pienentyneeseen kuolleisuusriskiin (Bygren ym. 1996). Aktiivisen elämäntyylin on havaittu ylläpitävän hyvää kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä vanhemmallakin iällä (Mendes de Leon ym. 2003; Barnes ym. 2004; Gleit ym. 2005; Newson ja Kemps 2005). Sillä on yhteys myös elämään tyytyväisyyteen ja koettuun hyvinvointiin (Longino ja Kart 1982; Okun ym. 1990).

Kohorttitutkimuksia eläkeikäisten harrastustoiminnoista on olemassa niukasti. Pohjo-laisen ym. (1997) tutkimuksessa tarkasteltiin kahta 66-vuotiaiden kohorttia vuosina 1972 ja 1992. Kahdessakymmenessä vuodessa eläkeikäisten harrastusaktiivisuus oli selvästi lisääntynyt sekä miehillä että naisilla. Tarkasteltaessa 16:ta eri harrastusmuotoa myöhemmän kohortin vastaajat ilmoittivat 1–2 harrastusta enemmän kuin aikaisemman kohortin vastaajat. Tutkimuksessa havaittiin myös, että korkeamman harrastusindeksin omaavilla eläkeikäisillä oli parempi sosioekonominen status.

Viiden maan 55 vuotta täyttäneen väestön ulkonaliikkumista koskevan MOBILATE-tutkimuksen yhteydessä tiedusteltiin vastaajilta harrastustoimintojen muutosta muuttaman viime vuoden aikana. 55–74-vuotiaista miehistä ja naisista lähes puolet ilmoitti niiden pysyneen ennallaan, neljäsosa lisääntyneen ja neljäsosa vähentyneen. 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä enemmistö ilmoitti harrastusten vähentyneen (Ruoppila ym. 2003).

Alun perin Havighurstin ja Albrechtin (1953) kehittämän aktiivisuusteorian mukaan on olemassa kolmenlaista aktiivisuutta: informaali kanssakäyminen tapahtuu lähinnä ystävien ja sukulaisten kanssa. Formaalisen aktiivisuuteen liitetään puolestaan esimer-

kiksi vapaaehtoistyö tms. toiminta. Kolmantena aktiivisuuden osa-alueena pidetään vapaa-ajan harrastuksia. Tässä artikkelissa keskitytään kahteen viimeksi mainittuun, formaaliin osallistumiseen sekä vapaa-ajan harrastustoimintaan. Informaalia kanssakäymistä tarkastellaan lähemmin Lyyran, Lyyran ja Tiikkaisen artikkelissa ja liikunta-harrastuksia Hirvensalon ym. artikkelissa tässä julkaisussa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 65–69-vuotiaiden miesten ja naisten harrastustoimintoja kolmessa kohortissa.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Ensimmäiseen kohorttitutkimukseen, jonka tutkimusaineisto kerättiin vuonna 1988, osallistui 362 65–69-vuotiaasta, vuosina 1919–1923 syntynyttä jyvaskyläläistä henkilöä. Toisen kohorttitutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 1996, ja siihen osallistui 320 samaa ikäryhmää edustavaa, vuosina 1927–1931 syntynyttä jyvaskyläläistä. Kolmanteen kohorttimittaukseen vuonna 2004 osallistui 292 vuosina 1935–1939 syntynyttä jyvaskyläläistä. Aineistot on kuvattu tarkemmin Kauppinen ja Salon artikkelissa tässä julkaisussa.

Harrastustoimintoja kartoitettiin kysymällä osallistumista 13 erilaiseen toimintaan. Vastausvaihtoehtoina olivat ei osallistu, osallistuu satunnaisesti ja osallistuu säännöllisesti. Kirjojenlukuharrastusta mitattiin viimeksi kuluneen vuoden aikana luettujen kirjojen lukumäärällä ja television ja radion seuraamista niihin päivittäin käytetyllä ajalla. Kotimaan- ja ulkomaanmatkailua koskevan kysymyksen vastusvaihtoehdot olivat matkustaa viikoittain, kuukausittain, joitakin kertoja vuodessa, kerran vuodessa tai harvemmin ja ei koskaan. Lisäksi tutkittavat ilmoittivat, mikäli heillä oli myös muita harrastuksia. Haastateltavien henkilökohtaista harrastustoimintojen muutosta tutkittiin kysymyksillä harrastustoiminnan lisääntymisestä tai vähentymisestä eläkkeelle jäätyä sekä siihen johtaneista syistä. (Liite 1, kysymykset 134–151, 236–239.)

Kohortti- ja sukupuolierot testattiin  $\chi^2$ -testillä. Tarvittaessa merkitsevyystaso estimoitettiin Monte Carlo -menetelmällä. Jakaumien erojen yksityiskohtaisemmissa tulkinnoissa käytettiin standardoituja jäännöksiä. Testit ja analyysit tehtiin SPSS 13.0 for Windows -ohjelmistolla (SPSS for Windows 1999).

## 3 TULOKSET

Useimmin mainittuja harrastuksia sanomalehtien ja television seuraamisen ohella olivat aikakauslehtien lukeminen ja kotimaanmatkailu. Lähes kaikki miehet lukivat sanomalehtiä, ja televisiota seurasi yli 90 % miehistä ja naisista kaikissa kohorteissa (taulukko 1). Radion kuuntelu oli sen sijaan huomattavasti vähentynyt. Kotimaanmatkailu oli säilyttänyt myös suosionsa tasaisesti kaikissa kolmessa kohortissa sekä miehillä että naisilla; sen sijaan ulkomaan matkailu oli lisääntynyt vuoden 1996 jälkeen suuntaa antavas-

ti. Myöhäisimmässä kohortissa lähes kolme neljästä naisesta ilmoitti matkailevansa ulkomailla.

Naiset osallistuivat miehiä enemmän passiivisiin taideharrastuksiin. Myöhemmän kohortin naisista neljä viidestä ilmoitti osallistuvansa niihin. Merkitsevä sukupuoliero oli vuonna 1996 tutkitussa kohorttiaineistossa.

Järjestötoiminnassa varhaisimman kohortin miehet olivat naisia aktiivisempia, mutta myöhemmissä kohorteissa ero tasoittui. Kohorttien välillä ei ilmennyt merkitseviä eroja. Seurakuntatoimintaan osallistuminen oli tasaista eri kohorteissa, joskin sukupuolieroja oli havaittavissa: naisista noin joka viides oli aktiivinen seurakuntatoiminnassa, miehistä vain joka kymmenes.

Noin joka viidennellä 65–69-vuotiaalla miehellä ja naisella oli aktiivinen taideharrastus. Sen suhteen ei merkitseviä kohortti- tai sukupuolieroja todettu.

Opiskelevien osuus oli kahdessa myöhäisemmässä kohortissa korkeampi kuin varhaisimmassa sekä miesten että naisten joukossa, joskaan kohorttien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Vastaajat ilmoittivat myös, mikäli heillä oli jokin muu kuin edellä mainittu harrastus (taulukko 2). Varhaisimman kohortin miehistä joka kolmas ilmoitti, ettei heillä ole muita harrastuksia, kun myöhäisimmässä kohortissa ilman muita harrastuksia oli enää joka kymmenes. Varhaisimman kohortin naisista yli puolet ilmoitti, ettei heillä ole muita harrastuksia vastaavan osuuden ollessa myöhäisimmässä kohortissa 17 %. Sukupuolierot olivat merkitseviä siten, että varhaisimman kohortin miehet olivat aktiivisempia kuin naiset, mutta tämä ero tasoittui selkeästi ajan myötä.

**Taulukko 1.** Muita harrastuksia ilmoittaneiden prosenttiosuudet 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohortti- ja sukupuolivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Muut harrastukset	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 117)	p	1988 (n = 219)	1996 (n = 188)	2004 (n = 169)	p	
Ei	30,7	24,2	11,1		52,5	37,2	17,2		1988 0,001
				0,001					1996 0,015
On	69,3	75,8	88,9		47,5	62,8	82,8		2004 0,176
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 2.** Erilaisia harrastuksia ilmoittaneiden prosenttiosuudet 65–69-vuotiailla jyväsikäikäisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohortti- ja sukupuolivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Harrastus	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988 (n = 137–140)	1996 (n = 131–132)	2004 (n = 116–119)	p	1988 (n = 216–220)	1996 (n = 187–188)	2004 (n = 169–173)	p	1988 p	1996 p	2004 p	
Harrastus	22,1	17,4	22,2	0,545	16,8	13,8	18,8	0,436	0,208	0,431	0,481	
Aktiiviset taideharrastukset	67,1	60,6	72,4	0,142	70,9	75,0	80,0	0,121	0,449	<b>0,006</b>	0,135	
Passiiviset taideharrastukset	40,7	37,4	38,8	0,854	29,5	35,6	32,9	0,429	<b>0,029</b>	0,747	0,309	
Järjestötoiminta	9,3	12,9	12,8	0,573	22,3	22,3	21,2	0,956	<b>0,001</b>	<b>0,032</b>	0,069	
Seurakuntatoiminta	42,1	46,2	52,1	0,277	75,9	67,6	73,5	0,159	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>&lt; 0,001</b>	
Käsityöt	77,7	78,8	75,2	0,791	72,1	77,1	81,8	0,083	0,241	0,725	0,180	
Kirjojen lukeminen	90,7	93,2	89,7	0,606	90,0	94,7	94,1	0,137	0,824	0,576	0,171	
Aikakauslehtien lukeminen	97,9	97,7	99,1	0,653	98,2	98,4	98,2	0,985	0,828	0,660	0,518	
Sanomalehtien lukeminen	11,5	18,9	17,9	0,195	9,5	16,0	15,3	0,106	0,551	0,500	0,550	
Opiskelu	92,1	87,1	91,5	0,328	89,5	90,4	92,4	0,627	0,404	0,351	0,783	
Matkustaminen kotimaassa	64,7	60,6	70,1	0,293	63,9	61,7	72,4	0,083	0,398	0,075	0,154	
Matkustaminen ulkomailla	84,8	76,5	75,0	0,111	85,6	72,9	70,6	<b>0,001</b>	0,822	0,462	0,950	
Radion kuunteleminen	95,6	97,0	96,6	0,831	92,7	96,3	96,5	0,150	0,818	0,526	0,827	
Televisiön katseleminen												

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.



Taulukossa 3 esitetään, miten eläkkeelle jääminen vaikuttaa harrastuksiin. Muutoksissa oli merkitseviä kohorttieroja. Kun vuonna 1988 tutkitusta kohortista noin viidesosa miehistä ilmoitti harrastustoimintojensa lisääntyneen, vuonna 2004 osuus oli jo kaksinkertainen. Kaikilla vuonna 2004 haastatelluilla oli jokin harrastus. Myös naisilla erot kohorttien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä. Sukupuolierot olivat viimeisimmässä kohortissa kuroutuneet jonkin verran.

**Taulukko 3.** Harrastustoimintojen muutos eläkkeelle jäädessä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–199 syntyneiden henkilöiden välillä.

Harrastustoimintojen muutos eläkkeelle jäädessä	Miehet				Naiset				Sukupuolierot, p
	1988 (n = 137)	1996 (n = 132)	2004 (n = 116)	p	1988 (n = 216)	1996 (n = 188)	2004 (n = 170)	p	
Ei eläkkeellä	0,7	0,8	-		2,8	-	-		<u>1988</u>
Vähentynyt	24,8	31,1	14,7		19,9	19,1	17,6		<b>0,025</b>
Pysynyt ennallaan	41,6	34,8	42,2		42,1	42,6	29,4		
Lisääntynyt	21,2	28,8	41,4	<b>0,025</b>	30,6	37,2	51,8	<b>&lt; 0,001</b>	<u>1996</u> <b>0,012</b>
Osa lisääntynyt, osa vähentynyt	7,3	3,8	1,7		1,9	1,1	1,2		
Ei ole ollut harrastuksia	4,4	0,8	-		2,8	-	-		<u>2004</u> <b>0,143</b>
Yhteensä	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		

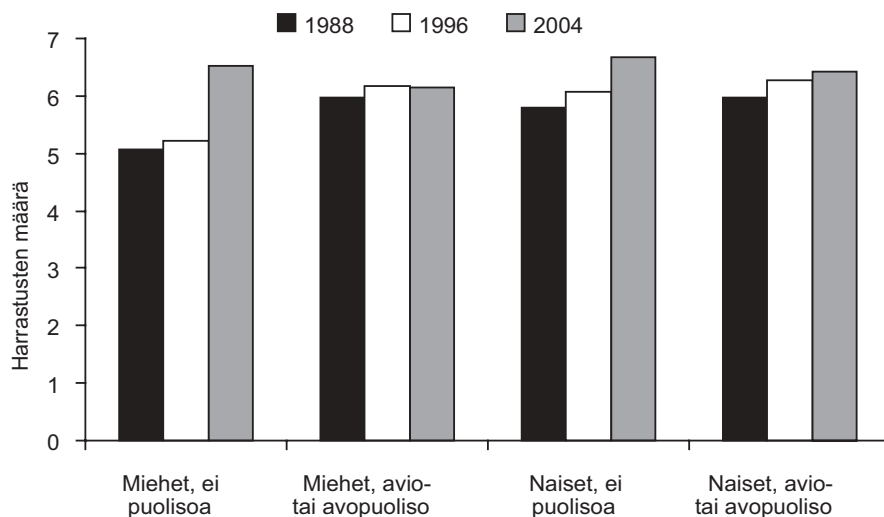
Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Harrastuksista luopuminen terveyteen liittyvien seikkojen vuoksi vähentyi selkeästi. Vuonna 1996 miltei 22 % miehistä ilmoitti sairauden syyksi harrastusten vähenemiseen, kun taas vuonna 2004 enää 4,5 %. Naisilla vastaavat luvut olivat 21 ja 8 %. Tavallisimpaina (noin 90 %) syynä harrastustoiminnan lisääntymiseen eläkkeelle jäämisen jälkeen ilmoitettiin vuosina 1996 ja 2004 tutkituissa kohorteissa lisääntynyt vapaa-aika. Vuodelta 1988 tietoja ei ollut saatavilla. Uutena syynä harrastamisen lisääntymiselle vuoden 2004 kohortissa mainittiin myös henkisen vireyden hoito (5,2 % miehistä).

Tarkasteltaessa muiden harrastuslajien paitsi sanomalehtien luvun, television katselun ja muiden harrastusten määriä miehillä tyypillisin harrastusten lukumäärä oli kaikissa kolmessa kohortissa kuusi. Naisilla kahdessa varhaisemmassa kohortissa se oli samoin kuusi mutta nousi myöhäisimmässä kohortissa seitsemään.

Harrastustoimintojen määrää tarkasteltiin sen suhteen, elääkö vastaaja parisuhteessa vai ei (kuvio). Yksinäisten miesten aktiivisuus kasvoi selkeästi varhaisimmasta uusimpaan kohorttiin ( $p = 0,001$ ). Parisuhteessa elävien henkilöiden harrastuslajien määrässä ei ollut eroja kohorttien välillä.

**Kuvio.** Harrastusten määrän keskiarvot parisuhdestatuksen mukaan miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004.



#### 4 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin 65–69-vuotiaiden henkilöiden harrastustoimintoja ja niiden eroja kolmessa kohortissa vuosina 1988, 1996 ja 2004. Yleisenä trendinä havaittiin harrastustoimintojen lisääntyminen ja monipuolistuminen. Sanomalehtien ja television seuraaminen olivat kaikissa kohorteissa suosittuja ajanviettotapoja, joskaan kyse ei ole varsinaisista harrastustoiminnoista, vaan pikemminkin muuten aktiivisesta ja aikaa seuraavasta elämäntyylistä.

Kolmen ikäkohortin vertailussa selkeimpänä esiin nousi radion kuuntelun väheneminen. Tämä on ainakin jossain määrin tapahtunut television katselun ja kirjojen lukemisen lisääntymisen kustannuksella. Myös mediakulttuurissa on tapahtunut muutoksia tarkastellun kuudentoista vuoden aikana; radion ohjelmatarjonta on nykyään yhä enemmän suunnattu nuorisolle. Lisääntymistä puolestaan oli tapahtunut ulkomaan matkailussa, kirjojen lukemisessa ja passiivisissa taideharrastuksissa. Myös opiskelu oli jonkin

verran suosittumpaa uusimmissa kohorteissa. Tarkasteltaessa muita harrastuksia niitä ilmoittaneiden osuus oli selkeästi noussut sekä miehillä että naisilla. Miehistä erityisesti yksineläjät olivat aktivoituneet uusimmissa kohorteissa. Merkittävä osa vastaajista oli lisännyt harrastustoimintaa eläkkeelle jäätyään: useimmiten syyksi ilmoitettiin vapaa-ajan lisääntyminen. Nyt saatu tulos on samansuuntainen kuin MOBILATE-tutkimuksessa, jossa neljäsosa 55–74-vuotiaista ilmoitti harrastustensa lisääntyneen, suurimpana syynä vapaa-ajan lisääntyminen työstä eläkkeelle siirtymisen jälkeen (Ruoppila ym. 2003). Terveystiltaan liittyvät seikat puolestaan olivat yhä harvemmin yhteydessä harrastustoimintojen vähenemiseen.

Tämä kohorttivotailututkimus osoittaa, että 65–69-vuotiaiden ihmisten harrastustoiminta on aikaisempaa aktiivisempaa ja monipuolisempaa. Trendi näyttää siis jatkuvan verrattuna myös aikaisempaan kohorttitutkimukseen (Pohjolainen ym. 1997). Tähän lienee yhtenä syynä eläkeikäisten parantunut terveys ja toimintakyky. Leinosen ym. artikkelissa tässä julkaisussa todetaan, että etenkin tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat vähentyneet miehillä. Myös koettu terveys oli selvästi parempi uusimmissa kohorteissa. Aktiivisten taideharrastusten ja ulkomaanmatkailun lisääntynyt suosio johtunee paremmasta taloudellisesta tilanteesta sekä mahdollisista muista eroista kohorttien välillä (Rautio ja Lampinen tässä julkaisussa). Myös yhteiskunnan eläkeikäisille tarjoamat harrastusmahdollisuudet ovat parantuneet. Miesten eliniän pidentessä etenkin sotaa kokeneiden kohorteissa yhä useampi pariskunta elää nykyään myös eläkeiässä yhdessä, jolloin sosiaalinen tuki lisää yhteisiä harrastuksia.

Eläkeikäiset ovat yhä parempikuntoisia, ja heillä on enemmän rahaa käytettävissään ja korkeampi koulutus kuin aikaisemmin. Onkin tuotu esiin ajatus kolmannesta iästä, jonka ajatellaan olevan uusi, aktiivinen elämänvaihe eläköitymisen jälkeen. Yhteiskunnallisesti ajatellen sillä on myös monia vaikutuksia, esimerkiksi palvelujen käyttöön ja erilaisten vapaa-ajan toimintojen lisääntyneeseen kysyntään. Kolmannen iän kansalaiset ovat myös erittäin tärkeä voimavara esimerkiksi erilaisissa yhteiskunnallisissa vapaaehtoistehtävissä. Tässä kohorttivotailututkimuksessa havaitut muutokset eläkeikäisen väestön aktiivisuudessa ennakoivat myös tulevien eläkeikäisten, suurten ikäluokkien, sosiaalipoliittisia vaikutuksia.

Vaikka eläkeikäisten aktiivinen osallistuminen on lisääntynyt ja monipuolistunut, on tärkeää myös tulevaisuudessa kiinnittää huomiota erityisesti siihen, että yksinäisillä ja terveydentilaltaan tai taloudellisesti heikommassa asemassa olevilla on tasavertainen mahdollisuus osallistua.

## KIRJALLISUUS

Barnes L, Mendes de Leon C, Wilson R, Bienias J, Evans D. Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology* 2004; 63: 2322–2326.

Bygren L, Konlaan B, Johansson S. Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *British Medical Journal* 1996; 313: 1577–1580.

Glass T, de Leon C, Marottoli R, Berkman L. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 1999; 319: 478–483.

Glei D, Landau D, Goldman N, Chuang Y, Rodriguez G, Weinstein M. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34: 864–871.

Havighurst R, Albrecht R. *Older people*. New York: Longmans Green, 1953.

Ljungquist B, Berg S, Steen B. Determinants of survival: an analysis of the effects of age at observation and length of the predictive period. *Aging* 1996; 8: 22–31.

Longino C Jr, Kart C. Explicating activity theory: a formal replication. *Journal of Gerontology* 1982; 37: 713–722.

Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology* 2003; 157: 633–642.

Newson R, Kamps E. General lifestyle activities as a predictor of current cognition and cognitive change in older adults: a cross-sectional and longitudinal examination. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2005; 60: P113–P120.

Niemi I, Pääkkönen H. *Vuotuinen ajankäyttö*. Helsinki: Tilastokeskus, Tutkimuksia 183, 1992.

Okun M, Olding R, Cohn C. A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin* 1990; 108: 257–266.

Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. Socioeconomic status, health and life-style in two cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; (Suppl. 52).

Rowe J, Kahn R. *Successful aging*. New York: Pantheon Books, 1998.

Ruoppila I, Tacke M, Hirsiaho N. Health and leisure activities. The MOBILATE Survey 2000. Enhancing outdoor mobility in later life. Heidelberg: The MOBILATE Consortium, 2003.

SPSS for Windows. Rel. 10.0. Chicago: SPSS, 1999.

Welin L, Larsson B, Svardsudd K, Tibblin B, Tibblin G. Social network and activities in relation to mortality from cardiovascular diseases, cancer and other causes: a 12 year follow up of the study of men born in 1913 and 1923. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992; 46: 127–132.

Wolinsky F, Johnson R, Stump T. The risk of mortality among older adults over an eight-year period. *Gerontologist* 1995; 35: 150–161.

*Mirja Hirvensalo, Päivi Mäkilä, Terttu Parkatti, Sirkka Kannas, Pirjo Huovinen, Marja-Leena Oinonen, Päivi Lampinen ja Marja Äijö*

**LIIKUNNAN HARRASTAMINEN 65–69-VUOTIAILLA  
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	135
SAMMANDRAG .....	136
ABSTRACT .....	137
1 JOHDANTO .....	138
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	139
3 TULOKSET .....	140
4 POHDINTA .....	146
KIRJALLISUUS .....	149

## Tiivistelmä

Hirvensalo M, Mäkilä P, Parkatti T, Kannas S, Huovinen P, Oinonen M-L, Lampinen P, Äijö M. **Liikunnan harrastaminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 133–150.

Tutkimuksessa vertailtiin kolmen 65–69-vuotiaan kohortin liikunnan harrastamista, motiiveja ja esteitä kolmena eri tutkimusajankohtana eli vuosina 1988, 1996 ja 2004. Tutkimus oli osa Ikivihreät-projektia. Haastatteluihin osallistui 81 % (n = 362) vuonna 1988, 80 % (n = 320) vuonna 1996 ja 73 % (n = 292) vuonna 2004 tavoitettavissa olleista kotona asuvista jyvaskyläläisistä. Kävely ja kotivoimistelu olivat harrastetuimmat liikuntamuodot kaikissa kohorteissa. Liikuntaharrastuksen useus ja intensiteetti lisääntyi verrattaessa viimeistä kohorttia aikaisempiin. Vuonna 2004 miehet harrastivat aikaisempia tutkimusvuosia enemmän kävelylenkkeilyä, kotivoimistelua, pyöräilyä ja muita liikuntalajeja, kuten pallopelejä. Naisten kotivoimistelun ja ohjatun liikunnan harrastaminen lisääntyi merkittävästi. Henkilöt, joiden liikkumiskyky oli heikentynyt, harrastivat aikaisempia vuosia enemmän ohjattua liikuntaa. Kaikkina kolmena tutkimusvuotena suurin osa tutkituista piti liikunnan harrastamista erittäin tärkeänä. Terveydelliset syyt olivat sekä liikunnan este että sen innoittaja. Kiinnostuksen puute oli tärkein este ohjatun liikunnan harrastamiselle.

**Avainsanat:** liikuntaharrastus, kohorttivertailututkimus, ikääntyvät ihmiset



## Sammandrag

Hirvensalo M, Mäkilä P, Parkatti T, Kannas S, Huovinen P, Oinonen M-L, Lampinen P, Äijö M. **Fysisk aktivitet bland 65–69-åriga Jyväskylälabor 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. År 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004. Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 133–150.

I undersökningen jämfördes fysisk aktivitet samt motiv till och hinder för utövande av fysiska aktiviteter bland tre kohorter av 65–69-åriga personer vid tre tidpunkter, dvs. 1988, 1996 och 2004. Undersökningen var en del av Evergreen-projektet. Av de hemmaboende Jyväskylälabor som man kunde ha fått kontakt med deltog 81 % (n = 362) i intervjuerna 1988, 80 % (n = 320) 1996 och 73 % (n = 292) 2004. Promenader och hemgymnastik var de populäraste motionsformerna i alla kohorter. Den fysiska aktivitetens frekvens och intensitet hade ökat när man jämförde den sista kohorten med de tidigare. År 2004 promenerade männen mera, gymnastiserade mera hemma, cyklade mera och motionerade mera på andra sätt (t. ex. bollspel) än vid tidigare undersökningstidpunkter. Bland kvinnorna ökade hemgymnastik och handledd motion märkbart. De personer vars rörelseförmåga hade försämrats motionerade mera under handledning än tidigare. Vid alla tre undersökningstidpunkter ansåg största delen av de undersökta att fysisk aktivitet är mycket viktig. Det främsta hindret för motion uppges vara hälsorelaterade orsaker. Sådana orsaker var även det viktigaste skälet till att utöva motion. Bristen på intresse var det viktigaste hindret för att delta i handledd motion.

**Nyckelord:** motionering, kohortundersökning, åldrande människor

## Abstract

Hirvensalo M, Mäkilä P, Parkatti T, Kannas S, Huovinen P, Oinonen M-L, Lampinen P, Äijö M. **Physical exercise in 1988, 1996 and 2004 among 65–69-year-old residents of Jyväskylä.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 133–150.

This study compared differences between three 65–69-year-old cohorts in terms of their involvement in physical exercise and their motivations for and obstacles to participation in physical exercise at three different periods (1988, 1996 and 2004). The study was part of the Evergreen project. About 81% of the eligible subjects ( $n = 362$ ) in the first cohort were interviewed in 1988, 80% ( $n = 320$ ) of the next cohort in 1996 and 73% ( $n = 292$ ) of the latest cohort in 2004. Walking and callisthenics were the most important forms of physical exercise in every cohort. The cohort interviewed in 2004 went in for physical exercise more intensively and frequently than the earlier cohorts. Men in the last cohort were more likely to go in for walking, cycling, callisthenics at home and other sports such as ballgames than men in the earlier cohorts. Among women, participation in supervised exercise classes and gymnastics exercise at home increased from the earlier cohorts. Also people with mobility difficulties were more involved in supervised exercise classes than before. In every cohort, the most important obstacle quoted for nonparticipation was poor health. Lack of interest was mentioned as the most important obstacle for participation in supervised physical exercise.

**Key words:** physical exercise, cohort comparison study, older people

## 1 JOHDANTO

Fyysinen aktiivisuus ja harjoittelu ovat tärkeitä toimintakyvyn säilymiselle (Hruda ym. 2003; Puggaard 2003; Brandon ym. 2004; DiBrezzo ym. 2005). Kohorttitutkimuksessa voidaan selvittää eri ajankohtina syntyneiden samanikäisten ihmisten toimintakyvyn, fyysisen aktiivisuuden ja liikuntakäyttäytymisen eroja, joihin muun muassa yhteiskunnalliset muutokset ovat voineet vaikuttaa. Suomessa on tutkittu 60–69-vuotiaiden henkilöiden kohortteja vuosina 1979 ja 1989 Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimuksessa (Pohjolainen ym. 1997), 66-vuotiaiden henkilöiden kohortteja vuosina 1972 ja 1992 ELITE-projektissa Jyväskylässä (Pohjolainen 1997; Pohjolainen ym. 1997) ja 65–69-vuotiaiden kohortteja vuosina 1988 ja 1996 Ikivihreät-projektissa (Lampinen ja Hirvensalo 2000). Viimeisin suomalaisten 65–79-vuotiaiden ihmisten toimintakyvyn ja terveyskäyttäytymisen muutoksia selvittänyt hanke on Kansanterveyslaitoksen laaja tutkimus vuosilta 1985–2003 (Sulander ym. 2004; Sulander 2005). Kaikki edellä mainitut tutkimukset osoittavat suomalaisten fyysisen aktiivisuuden lisääntyneen ja toimintakyvyn parantuneen viimeisten vuosikymmenien aikana. Myöhemmät kohortit harrastivat myös liikuntaa aikaisemmin syntyneitä enemmän ja intensiivisemmin. Selityksenä voidaan esittää terveyden arvostuksen, teknisen avun ja elinolosuhteiden paraneminen. Kansanterveyslaitoksen aineistosta tehdyssä väitöstutkimuksessa (Sulander 2005) heikko toimintakyky selittyi fyysisellä toimeettomuudella, kun muu terveyskäyttäytyminen, sosiodemografiset erot ja krooniset sairaudet oli kontrolloitu. Oleellista iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä ei näyttänyt olevan niinkään liikkumisen laatu vaan sen säännöllisyys. Fyysisesti vähemmän aktiivisilla oli selvästi huonompi toimintakyky kuin aktiivisilla.

Eri-ikäisten ihmisten liikkumismahdollisuudet ja liikunta-asenteet vaihtelevat. Liikuntaharrastuksen todelliset ja koetut esteet voivat muuttua. Esimerkiksi terveys sekä liikuntaharrastuksen syynä että esteenä oli 1990-luvulla ilmoitettu yleisemmin kuin 1980-luvulla (Lampinen ja Hirvensalo 2000). Lees ym. (2005) ryhmittelevät liikuntaharrastuksen yleisimmät esteet kolmeen pääryhmään: loukkaantumisen ja kaatumisen pelko, laiskuus ja negatiivinen asenne. Vastaavia liikuntaharrastuksen esteitä, kuten huono terveys, kipu, ajan tai motivaation puute, toimintakyvyn vaje tai ympäristölliset ja sosiaaliset tekijät, on havaittu myös muissa tutkimuksissa (McPherson ja Yamaguchi 1995; Grossman ja Stewart 2003). Myös se, että ympäristö koetaan turvattomaksi tai vaikeakulkuseksi on merkittävä liikuntaharrastuksen este (Grossman ja Stewart 2003).

Ikääntyvien ihmisten liikuntaharrastuksella on tärkeä merkitys hyvinvoinnille, sillä esimerkiksi Johnsonin ja hänen työtovereidensa (2003) tutkimuksen mukaan 60–69-vuotiaat fyysisesti aktiiviset henkilöt luottavat liikkumiskykyynsä enemmän kuin vähemmän aktiiviset henkilöt. He eivät pelkää kaatumista tai tasapainon menetystä.

Tässä artikkelissa verrataan kolmen jyväskyläläisen 65–69-vuotiaan kohortin liikunnan harrastamista. Vuosina 1919–1923 syntyneet vuonna 1988, vuosina 1927–1931 syntyneet vuonna 1996 ja vuosina 1935–1939 syntyneet vuonna 2004 kuvasivat liikuntahar-

rastuksen intensiteettiä ja useutta, liikuntamuotoja, liikunnan motiiveja ja esteitä sekä liikuntaharrastuksen tärkeyttä.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat 65–69-vuotiaat jyvaskyläläiset vuosina 1988, 1996 ja 2004. Vuoden 1988 aineisto on saatu laajemmasta, vuosina 1904–1923 syntyneiden tutkimuksesta valitsemalla 1919–1923 syntyneet mukaan tutkimukseen. Näistä otokseksi valikoitui 451 henkilöä, joista saatiin haastatelluksi 362 henkilöä (81 %). Miehiä oli 142 ja naisia 220. Vuonna 1996 satunnaisotos vuonna 1927–1931 syntyneistä 65–69-vuotiaista oli 403 henkilöä, joista haastateltiin 320 henkilöä, jolloin osallistumisprosentti oli 79,8. Miehiä heistä oli 132 ja naisia 188. Vuonna 2004 satunnaisotos vuonna 1935–1939 syntyneistä 65–69-vuotiaista henkilöistä oli 399 ja heistä haastateltiin 292 henkilöä, jolloin haastatteluprosentti oli 73,2. Vuoden 2004 otoksessa oli 173 naista ja 119 miestä. Tämän kohorttitutkimuksen tutkimusasetelma, aineistot ja tilastolliset analysointimenetelmät on kuvattu tarkemmin Kauppisen ja Salon artikkelissa tässä julkaisussa.

Liikuntaharrastusta selvitettiin kysymällä tutkittavien omaa arviota liikkumisen useudesta ja intensiteetistä seitsemänluokkaisella kysymyksellä, jonka vaihteluväli oli 0:sta (liikkumista vain välttämättömissä askareissa) 7:ään (kilpaurheiluharrastus) (liite 1, kysymys 152).

Liikuntaharrastuksen muotoja selvitettiin kysymällä liikuntalajeja, joita tutkittava harrasti kuntonsa ja terveytensä ylläpitämiseksi. Liikuntamuodot olivat kävelylenkkeily, kotivoimistelu, uinti, pyöräily, hiihto, tanssi, ohjattu liikuntaryhmä ja muu liikuntalaji (kuntosaliharjoittelu, pallopeti, muu). Vastausvaihtoehdot olivat 1 = lähes päivittäin, 2 = 2–3 kertaa viikossa, 3 = kerran viikossa, 4 = 1–2 kertaa kuukaudessa, 5 = harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 6 = en harrasta. Liikuntalajin harrastajaksi luokiteltiin tässä tutkimuksessa henkilö, joka harrasti kyseistä toimintaa vähintään kerran kuukaudessa. Hyötyliikunnan harrastusta tiedusteltiin kysymällä, harrastaako tutkittava marjastusta, sienestystä, kalastusta tai metsästystä (kyllä/en) (liite 1, kysymykset 154 ja 157). Haastateltavilta kysyttiin myös ohjattuun liikuntatoimintaan osallistumista (liite 2, kysymys 59).

Fyysistä toimintakykyä arvioitiin kysymällä liikkumiskykyä: pystyykö henkilö nousemaan yhden kerrosvälin portaita välillä levähtämättä (liite 1, kysymys 67). Haastateltavilta kysyttiin myös liikunnan harrastamisen esteitä avoimella kysymyksellä ja harrastamisen tärkeyttä strukturoidulla kysymyksellä (liite 1, kysymys 69) sekä ohjattuun liikuntaan osallistumisen esteitä ja syitä strukturoidulla ja avoimella kysymyksellä (liite 1, kysymykset 62 ja 64).

Tilastollisina analysointimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja  $\chi^2$ -testiä sukupuoli- ja kohorttierojen selvittämiseksi.

### 3 TULOKSET

Liikuntaharrastuksen useus ja intensiteetti kohosi vuodesta 1988 vuoteen 1996 ja edelleen vuoteen 2004 (taulukko 1). Niiden henkilöiden osuus, jotka liikkuvat vain välttämättömissä askareissa, oli vähentynyt. Intensiivisen liikunnan harrastajien osuus oli lisääntynyt selvästi. Hengästymistä ja hikoilua aiheuttava liikunnan harrastaminen oli miehillä lähes kaksi ja naisilla lähes kolme kertaa yleisempää vuonna 2004 kuin vuonna 1988. Kilpaurheilun harrastaminen ja kunnon ylläpitäminen säännöllisen harjoittelun avulla oli lisääntynyt miesten ryhmässä. Vuonna 1988 miehet harrastivat liikuntaa useammin ja intensiivisemmin kuin naiset. Sukupuolten välistä eroa ei enää vuosien 1996 ja 2004 kohorteilla ollut.

Yleisimmät liikuntaharrastukset olivat kaikkina kolmena tutkimusvuotena kävelylenkkeily ja kotivoimistelu (taulukko 2). Miehillä kotivoimistelun, pyöräilyn ja muiden liikuntalajien harrastajien osuus oli suurempi ja tanssin harrastajien osuus pienempi verrattaessa vuoden 2004 tutkimuksen tuloksia aikaisempien kohorttien tuloksiin. Naisilla kävelylenkkeilyn, kotivoimistelun, pyöräilyn, hiihdon ja ohjattuun liikuntaryhmään osallistuvien harrastajien määrä oli suurempi vuonna 2004. Yleisesti liikuntalajien monipuolistuminen näkyi siinä, että vuoden 2004 tutkittavat mainitsivat 35 eri lajia, kun aikaisempina vuosina mainittiin vain muutamia lajeja. Tutkittavat ilmoittivat harrastavansa esimerkiksi joogaa, potkukelkkailua, vesijuoksua, golfia, yleisurheilua ja pallopelejä. Verrattaessa miesten ja naisten harrastusten yleisyyttä naiset harrastivat miehiä enemmän kotivoimistelua ja ohjatuissa ryhmissä käymistä ja miehet jonkin verran enemmän muita liikuntalajeja, kuten pallopelejä.

Hyötyliikunnan harrastus oli melko yleistä kaikissa kolmessa kohorttiryhmässä. Marjastusta ja sienestystä harrasti yli puolet sekä miehistä että naisista (taulukko 2). Vuoden 2004 kohortin miehet harrastivat marjastusta jonkin verran enemmän kuin aikaisemmat kohortit. Metsästys ja kalastus olivat selvästi miesten harrastuksia kaikkina tutkimusvuosina.

Kävelylenkkeily oli suosituin liikuntaharrastuksen muoto kaikkina tutkimusajankohtina. Kävelylenkkeilyn harrastaminen useammin kuin 1–3 kertaa viikossa oli naisilla yleisempää vuonna 2004 kuin vuosina 1988 ja 1996. Naiset harrastivat kävelylenkkeilyä vuonna 2004 useammin kuin miehet. Hyvin harvoin tai ei koskaan kävelylenkkeilyä harrastavien määrä oli pienempi myöhempinä tutkimusajankohtina (taulukko 3).

**Taulukko 1.** Liikuntaharrastuksen intensiteetti ja useus 65–69-vuotiailla jyväsikäikäisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntynneiden henkilöiden välillä.

	Miehet			Naiset			Sukupuolierot
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	1988 (n=220)	1996 (n=187)	2004 (n=171)	
Liikuntaharrastus							
Välttämättömät askareet	18,6	14,4	7,6	20,9	9,1	4,7	
Kevyttä kävelyä 1–2 kertaa viikossa	10,0	9,8	11,9	18,2	9,1	11,7	
Kevyttä kävelyä ja ulkoilua useita kertoja viikossa	42,1	37,9	21,2	41,4	47,1	24,0	<u>1988</u>
Liikuntaa 1–2 kertaa viikossa							<b>0,034</b>
Jonkin verran hikoillen ja hengästyen	9,3	6,8	11,0	6,4	9,1	12,9	<u>1996</u>
Liikuntaa useita kertoja viikossa							0,419
Jonkin verran hikoillen ja hengästyen	15,7	25,8	31,4	12,7	19,8	38,0	<u>2004</u>
Kuntoliikuntaa useita kertoja viikossa hikoillen ja hengästyen	4,3	3,8	12,7	0,5	5,3	8,8	0,100
Kilpaurheilu, säännöllinen harjoittelu	0,0	0,8	4,2	0,0	0,0	0,0	
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 2.** Eri liikuntamuotojen ja hyötyliikunnan harrastajien osuudet 65–69-vuotiailla jyväsikäikäisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiventailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntynneiden henkilöiden välillä.

Liikuntaharrastus ja hyötyliikunta	Miehet				Naiset				Sukupuolierot			
	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p	1988	1996	2004	p
	(n = 140)	(n = 132)	(n = 119)		(n = 220)	(n = 187)	(n = 171)		p	p	p	
Kävely	76,4	88,5	92,3	<b>0,001</b>	78,6	90,4	94,7	<b>0,001</b>	0,623	0,599	0,410	
Kotivoimistelu	42,0	48,1	59,0	<b>0,025</b>	60,0	68,3	75,3	<b>0,008</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>	
Uinti	35,7	38,9	41,4	0,646	33,2	35,9	42,9	0,139	0,621	0,579	0,804	
Pyöräily	38,8	40,0	53,4	<b>0,038</b>	29,7	36,6	53,6	<b>0,001</b>	0,073	0,535	0,984	
Hiihto	36,0	35,9	45,7	0,196	14,5	23,7	36,7	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,018</b>	0,128	
Tanssi	34,3	27,5	16,4	<b>0,005</b>	16,4	21,0	20,8	0,419	<b>0,001</b>	0,179	0,347	
Ohjattu ryhmäliikunta	10,1	7,6	14,7	0,196	16,0	29,7	37,3	<b>0,001</b>	0,113	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	
Muu liikuntalaji	7,9	6,9	16,0	<b>0,038</b>	0,9	4,8	7,1	0,007	<b>0,001</b>	0,442	<b>0,023</b>	
Marijastus	62,1	72,7	75,2	<b>0,049</b>	64,1	65,1	70,0	0,440	0,396	0,092	0,202	
Sienestys	55,0	65,2	62,4	0,208	60,0	56,5	60,0	0,721	0,204	0,074	0,388	
Kalastus	54,7	64,4	59,0	0,265	17,7	23,7	24,1	0,217	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	
Metsästäys	5,0	11,4	12,8	0,070	0,5	0,0	0,0	0,445	<b>0,007</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

Henkilöt, joilla oli fyysisessä liikkumiskyvyssään ongelmia (portaiden nousu), kävivät vuonna 2004 ohjatuissa liikuntaryhmissä ja harrastivat muita liikuntalajeja enemmän kuin vuosina 1988 ja 1996 tutkitut henkilöt (taulukko 4). Ne, joilla ei ollut ongelmia liikkumiskyvyssään, harrastivat enemmän lähes kaikkia liikuntamuotoja vuonna 2004 kuin aikaisempien tutkimusvuosien kohortit.

**Taulukko 3.** Kävelylenkkeilyn harrastaminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Kävelylenkkeilyn harrastaminen	Miehet				Naiset				Sukupuolierot
	1988 (n = 140)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 187)	2004 (n = 171)	p	
Lähes päivittäin	45,7	58,8	47,9		48,2	57,8	63,5		<u>1988</u> 0,845
1–3 kertaa viikossa	28,6	26,7	41,9	<b>0,002</b>	28,6	29,9	31,2	<b>&lt; 0,001</b>	<u>1996</u> 0,749
Hyvin harvoin tai ei koskaan	25,7	14,5	10,3		23,2	12,3	5,3		<u>2004</u> <b>0,023</b>
Yhteensä	100	100	100,1		100	100	100		

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 4.** Eri liikuntamuotojen harrastajien osuudet vuosina 1988, 1996 ja 2004 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä, joilla ei ollut ja joilla oli vaikeuksia portaiden nousussa (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1929–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Liikunta-harrastus	Ei vaikeuksia portaiden nousussa				Vaikeuksia portaiden nousussa			
	1988 (n = 300)	1996 (n = 278)	2004 (n = 273)	p	1988 (n = 60)	1996 (n = 42)	2004 (n = 18)	p
Kävelylenkkeily	82,7	94,6	95,2	<b>&lt; 0,001</b>	53,3	56,1	66,7	0,649
Kotivoimistelu	54,2	61,2	69,1	<b>0,001</b>	49,2	51,2	60,0	0,754
Uinti	37,0	40,9	42,8	0,358	20,0	12,2	33,3	0,194
Pyöräily	35,9	40,7	56,1	<b>&lt; 0,001</b>	20,0	19,5	6,7	0,467
Hiihto	27,1	32,6	42,2	<b>0,001</b>	1,7	2,4	6,7	0,550
Tanssi	25,3	25,4	19,7	0,197	13,6	12,2	6,7	0,767
Ohjattu liikuntaryhmä	14,1	21,8	27,4	<b>&lt; 0,001</b>	11,7	12,2	40,0	<b>0,019</b>
Muu liikuntalaji	4,0	6,5	10,6	<b>0,009</b>	1,7	0,0	13,3	<b>0,017</b>

Tilastolliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.



Liikunnan harrastamisen koki erittäin tärkeäksi 67 % haastatelluista vuonna 1988, 72 % vuonna 1996 ja 80 % vuonna 2004 ( $p < 0,001$ ). Kolmasosa tutkittavista ilmoitti liikunnan harrastamisen esteeksi huonon terveydentilan (taulukko 5). Vuoden 2004 kohortin tutkittavat ilmoittivat avoimissa vastauksissaan liikunnan harrastamisen esteiksi taulukossa mainittujen lisäksi muun muassa sen, että autonajo on helpompaa kuin liikkuminen kävellen, huonon sään ja puolison hoitamisen.

**Taulukko 5.** Liikunnan harrastamisen esteet tärkeysjärjestyksessä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004, (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

1988	%	1996	%	2004	%
Huono terveydentila	31,5	Huono terveydentila	35,6	Huono terveydentila	33,8
Ei kiinnosta, haluta	14,3	Ei kiinnosta, haluta	4,4	Ei kiinnosta, haluta	7,5
Ajan puute	3,2	Ajan puute	4,4	Ajan puute	3,2
Sosiaaliset tekijät	0,9	Sosiaaliset tekijät	0,3	Sosiaaliset tekijät	0,0
Muu	2,9	Muu	2,2	Muu	6,4

Ohjattuun liikuntaan osallistui vuonna 1988 vajaa viidennes ja vuonna 1996 neljäsosa haastatelluista. Vuonna 2004 15 % miehistä ja 37 % naisista osallistui ohjattuun ryhmäliikuntaan. Naisharrastajien määrä oli suurempi aikaisempiin kohortteihin verrattuna ( $p < 0,001$ ). Kaikkina tutkimusajankohtina mielenkiinnon puute oli ensisijainen este osallistumiselle ohjattuun liikuntaryhmään (taulukko 6). Vuonna 2004 toiseksi tärkein este oli ajan puute. Huono terveydentila mainittiin kaikkina kolmena tutkimusvuotena yhdeksi tärkeäksi ohjatun liikunnan harrastamisen esteeksi (13–16 %). Vuonna 2004 6 % haastatelluista mainitsi joko palvelujen etäisyyden tai kalleuden. Tärkeimmäksi syyksi ohjattuun liikuntaan osallistumiselle ilmoitettiin terveydelliset seikat. Muita syitä olivat liikunnasta pitäminen ja liikunta elämäntapana, sosiaaliset syyt ja psyykkiset syyt sekä muut syyt (taulukko 7).

**Taulukko 6.** Ohjattuun liikuntaan osallistumisen esteet tärkeysjärjestyksessä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

1988	%	1996	%	2004	%
Kiinnostuksen puute	26,5	Kiinnostuksen puute	23,4	Kiinnostuksen puute	23,5
Huono terveydentila	13,0	Huono terveydentila	15,8	Ajan puute	13,7
Ei tarvitse osallistua	7,2	Halu liikkua yksin	8,9	Huono terveydentila	13,1
Ajan puute	6,9	Ei tarvitse osallistua	6,6	Halu liikkua yksin	9,8
		Työesteet kotona ja muualla	3,5	Ei tarvitse osallistua	7,7
Halu liikkua yksin	6,9				
Työesteet kotona ja muualla	4,0	Huonot ajankohdat	1,3	Palvelut kaukana	6,6
Sitoo ajankäyttöä	3,2	Ajan puute	3,2	Kalleus	6,0
				Sosiaalisen alueen tekijät	2,2
Palvelut kaukana	1,4	Palvelut kaukana	1,6	Työesteet kotona ja muualla	2,2
Tiedon puute	1,7	Tiedon puute	1,3	Muu este	5,5
Muu este	2,6	Muu este	3,5		

**Taulukko 7.** Tärkein syy ohjattuun liikuntaan osallistumiselle 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

1988, n = 60	%	1996, n = 78	%	2004, n = 100	%
Terveyden ylläpitäminen	61,7	Terveyden ylläpitäminen	73,1	Terveyden ylläpitäminen	78,0
Pitää liikunnasta, elintapa	13,3	Pitää liikunnasta, elintapa	11,5	Pitää liikunnasta, elintapa	9,0
Sosiaaliset syyt	8,3	Sosiaaliset syyt	6,4	Sosiaaliset syyt	7,0
Psyykkiset syyt	5,0	Psyykkiset syyt	5,1	Psyykkiset syyt	4,0
Terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo	5,0	Terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo	3,8	Terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo	0,0
Muut	6,7	Muut	0,0	Muut	2,0

#### 4 POHDINTA

Tutkimustulosten mukaan liikuntaharrastuksen useus ja intensiteetti lisääntyivät ja eri liikuntalajien harrastaminen monipuolistui vuodesta 1988 vuoteen 1996 ja edelleen vuoteen 2004. Esimerkiksi ohjattujen liikuntaryhmien toimintaan osallistui 37 % 65–69-vuotiaista jyvaskyläläisistä naisista vuonna 2004, kun vastaava prosenttiosuus vuonna 1988 oli 16 %.

Vanhenemisprosessit, elämäntapa ja perinnölliset tekijät sekä elinolot muodostavat taustan, joka muokkaa toimintakyvyn ja terveyden kehittymistä (Heikkinen ym. 2003, 57). Myös liikuntaharrastuksen muutosta voi ymmärtää paremmin tämän viitekehyksen avulla. Tämän tutkimuksen kohorttien elämä ajoittuu erilaisiin historiallisiin ajankohtiin. Vuosien 1919–1923 kohortin lapsuus ja nuoruus sijoittuivat ensimmäisen ja toisen maailmansodan väliseen aikaan. Toisen maailmansodan jälkeen he ovat kokeneet muutoksen parempaan. Työn merkitys on korostunut heidän myöhemmässä elämässään. Liikuntaharrastus koettiin nuoruudessa todennäköisesti muihin toimintoihin verrattuna vähemmän merkitykselliseksi. Toisaalta fyysinen aktiivisuus saattoi olla runsasta ja säännöllistä. Esimerkiksi koulumatkat ja myöhemmin työmatkat käveltiin usein. Tämän tutkimuksen aineistonkeruun aikaan, vuonna 1988, he ovat voineet kokea ansainneensa jo levon fyysisestä rasituksesta. Vuosien 1927–1931 ja 1935–1939 kohortteja voidaan kuvata jälleenrakennuksen ja nousun sukupolveksi. Useat niihin kuuluvat syntyivät maalla ja muuttivat 1950-luvulla kaupunkiin. Yleinen koulutuksen lisääntyminen on yhtenäistänyt näiden kohorttien elämäkokemuksia. 1990-luvulla Suomessa oli taloudellinen lama, josta seurasi suurtyöttömyys. Varsinkin ikääntyneiden työttömien asema vaikeutui. Viimeiset työvuodet kaksi myöhempää kohorttia ovat tehneet töitä kiireen, kilpailun ja henkisen rasittavuuden ilmapiirissä (Karisto ym. 1998, 100, 117 ja 172; Jokinen ja Saaristo 2002, 179–180). Liikuntaharrastus on voinut merkitä heille jo tietoisempaa keinoa rentoutua työstä ja pitää yllä terveyttä.

Elintason nousun on todettu olevan yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen ja liikunnan harrastamiseen. D’Epinayn ym. (2001) ja D’epinay ja Bickelin (2003) tutkimuksissa kävi ilmi, että vuosien 1905–1914 syntymäkohortista vuosien 1920–1929 kohorttiin liikunnan harrastaminen muuttui miesten kaupunkimaisesta ja ylemmän sosiaaliluokan harrastuksesta tavallisemmaksi ja demokraattisemmaksi harrastukseksi. Liikuntaa harrastetaan nykyisin kaikissa sosiaaliluokissa. Naisten osuuden lisääntyä työelämässä miehet ovat alkaneet osallistua entistä enemmän kotitöihin (Verbrugge ym. 1996), jolloin naisille on jäänyt enemmän aikaa harrastuksille. Myös Suomessa elintason nousu ja naisten työelämässä toimimisen lisääntyminen (Karisto ym. 1998, 172) voivat selittää naisten lisääntyntä liikunnan harrastamista.

Liikuntaharrastuksen useus ja intensiteetti lisääntyi selvästi sekä miehillä että naisilla vuoden 1988 kohortista vuoden 2004 kohorttiin. Miehet harrastivat naisia useammin ja intensiivisemmin liikuntaa vuonna 1988, mutta ero oli tasoittunut vuosien 1996 ja 2004 tutkimuksissa. Verrattaessa vuoden 2004 liikuntaharrastuksen useutta ja intensiteettiä

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen (Valve ym. 2003) 60–66-vuotiaiden tuloksiin vuodelta 2002 voidaan miesten tulosten havaita vastaavan toisiaan. Esimerkiksi useita kertoja viikossa tapahtuvaa kuntoliikuntaa Ikihyvä-tutkimuksen miehistä harrasti 11,4 % ja tämän tutkimuksen miehistä 12,7 %. Vähemmän aktiivisten miesten osuus oli molemmissa tutkimuksissa noin viidennes. Naisten liikuntaharrastuksen useus ja intensiteetti erosi Ikihyvä-tutkimuksessa jonkin verran tämän tutkimuksen tuloksista. Ikihyvä-tutkimuksen naiset harrastivat hieman enemmän intensiivistä kuntoliikuntaa (Ikihyvä 10,4 %, Ikivihreät 8,8 %) ja olivat toisaalta vähemmän aktiivisia kuin tämän tutkimuksen naiset (Ikihyvä 26,2 %, Ikivihreät 16,4 %).

Tämän tutkimuksen kohorteilla kävelylenkkeily ja kotivoimistelu olivat yleisimpiä liikuntamuotoja. Kävelylenkkeilyn harrastus vastasi muiden suomalaisten tutkimusten tuloksia (Uutela ym. 1999; Sulander ym. 2004). Reipas kävely kehittää aerobista kuntoa, lihasvoimaa ja tasapainon hallintaa (Sakari-Rantala 2003, 35). Kävelyä voi edelleen tehostaa esimerkiksi sauvoilla, jotka antavat tukea ja varmuutta ulkona liikkumiseen. Tämän tutkimuksen mukaan kotivoimistelua harrasti vuonna 2004 miehistä noin puolet ja naisista kolme neljäsosaa. Kotivoimistelun sisällöstä ja harjoittelun intensiteetistä ei kuitenkaan ole yksityiskohtaista tietoa. Kotivoimistelun sisällön ja intensiteetin tutkiminen olisi tärkeää, jotta voitaisiin arvioida harjoittelun vaikutusta ja opastaa ikääntyviä ihmisiä tekemään toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta hyödyllisiä voimisteluliikkeitä.

Vuonna 2004 haastatellut harrastivat aikaisempia kohortteja monipuolisemmin eri liikuntamuotoja. Mm. pyöräilyä ja hiihtoa harrastettiin aiempaa enemmän. Kuntien panostus pyöräteiden rakentamiseen ja hiihtolatujen ylläpitämiseen voi selittää tätä tulosta. Myös ohjattuun ryhmäliikuntaan osallistuminen lisääntyi vuoden 2004 kohortilla. Tässä tutkimuksessa ne, joilla oli liikkumisvaikeuksia, osallistuivat vuonna 2004 aikaisempia kohortteja enemmän ohjattuun liikuntatoimintaan. Tulos voi selittyä Jyväskylän erityisliikunnan tarjonnan monipuolistumisella ja suuntaamisella entistä yksilöllisemmin eri tavoin pitkäaikaissairaille ja vammaisille henkilöille. Liikuntaryhmien määrä on kasvanut moninkertaiseksi: 44 ryhmää vuonna 1988, 88 ryhmää vuonna 1996 ja 154 ryhmää vuonna 2004. Lisäksi kaupungissa toimii lukuisia vamma- ja sairauskohtaisia ryhmiä, joihin myös ikääntyvät voivat osallistua (Erityisliikunnan kalenterit 1988, 1996 ja 2004.) Vaikka tarjonta on tällä hetkellä määrällisesti hyvällä tasolla, tarjonnan laajivalikoimaa ja toimintakyvyn mukaista tasoryhmittelyä tulee edelleen kehittää ikääntyvien ihmisten tarpeiden mukaisesti.

Kaupalliset liikuntayritykset ja potilasyhdistykset järjestävät ohjattua liikuntaa eri asiakasryhmille, kuten eläkeläisille ja pitkäaikaissairaille henkilöille. Näiden ohjattujen tunteiden lisääntynyt tarjonta, sisällön laadukkuus ja tehokas markkinointi voivat lisätä harrastamista. Tehostunut liikuntaneuvonta lisää näihin ryhmiin osallistumista. Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilökunnalta saatu neuvonta edistää ikääntyvien henkilöiden liikuntaharrastuksen aloittamista (Hirvensalo 2002, 75).

Liikuntatarjonnasta tiedottaminen on haaste niille, jotka vastaavat iäkkäiden liikunnasta kunnissa ja liikuntaseuroissa. 65–69-vuotiaat eivät vielä ole terveyspalvelujen suurlukuttajia, mutta heistä ne, jotka voivat eniten hyötyä liikunnasta, tarvitsevat neuvontaa. Vähän liikuntaa harrastavat henkilöt, joilla on jo toimintakykyongelmia, tarvitsevat yksilöllistä tukea löytääkseen sopivan liikuntamuodon. Liikunnan merkitys terveydelle voisi tulevaisuudessa olla samalla tavalla itsestäänselvyys kuin terveellinen ruoka tai lääkkeiden oikea käyttö. Terveystieteiden tutkimuksessa liikuntaneuvontaa voitaisiin lisätä siten, että lääkärit ja muu henkilökunta ohjaisivat palvelua tarvitsevan henkilön liikuntaan erikoistuneelle asiantuntijalle. Toinen liikuntaneuvonnan tehostamiskeino voisi olla kuntoklinikkatoiminnan käynnistäminen osana vanhusten päiväkeskustoimintaa. Terveystieteiden tutkimuksen tulisi aikaisempaa enemmän painottua ennaltaehkäisyyn toimintaan ja tukea ikääntyvien ihmisten itsenäistä selviytymistä ja toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Terveystieteiden tutkimuksen tulisi kouluttaa liikuntatietouden lisäämiseksi. (Hirvensalo ym. 2003, 76–77.)

Terveystieteen tutkimuksessa on tärkeä merkitys liikunnan harrastamisen motiivina ja esteenä. Tässä tutkimuksessa niiden osuus, jotka ilmoittivat liikunnan harrastamisen tärkeäksi terveytensä vuoksi, oli lisääntynyt vuodesta 1988 (67 %) vuoteen 2004 (80 %). Syynä liikunnan merkityksen kasvuun terveyden ylläpitämisessä ja parantamisessa voi olla esimerkiksi ikääntyvien henkilöiden entistä parempi tietoisuus liikunnan ja terveyden välisistä yhteyksistä.

Ohjatun liikunnan esteistä tärkein oli kaikkina tutkimusajankohtina kiinnostuksen puute. Uudet ikääntyvien ihmisten sukupolvet osaavat vaatia harrastuksiltaan monipuolisuutta ja laatua, joten kiinnostuksen puutetta voi selittää se, että tarjontaan, laajivalikoimaan ja toimintakykyyn perustuva tasoryhmittely on riittämätöntä. Vuonna 2004 uutena esteenä mainittiin harrastuksen kalleus. Osa liikuntapalveluista on tullut maksullisiksi, ja koska iäkkäät ihmiset ovat tottuneet maksuttomiin palveluihin, pienikin maksujen korotus voi estää harrastukseen osallistumisen.

Tulevaisuudessa parempi tietoisuus liikunnan terveysvaikutuksista, yksilöllinen liikuntaneuvonta ja monipuolistunut tarjonta saattavat näkyä entistä suurempana ikääntyvien henkilöiden harrastajajoukkona. Fyysinen aktiivisuus tarjoaa vanhenevalle väestölle mahdollisuuden parantaa itsenäisen elämän laatua (Cress ym. 2005, 72). Tulevaisuus tuo myös haasteita. Yhteiskunnan muuttuminen yhteisöllisyyttä tukevasta yksilöllisyyttä korostavaan suuntaan voi näkyä tulevaisuudessa kohorttitutkimuksen tuloksissa (Jokinen ja Saaristo 2002, 181). Hyöty- ja arkiliikunta on vähentynyt, ja aktiviteetteihin kuljetaan usein autoilla. Miten se näkyy seuraavissa kohorteissa?

## KIRJALLISUUS

Brandon L, Boyette L, Lloyd A, Gaasch D. Resistive training and long-term function in older adults. *Journal of Aging Physical Activity* 2004; 12: 10–28.

Cress M, Buchner D, Prohaska T, ym. Best practices for physical activity programs and behaviour counselling in older adult populations. *Journal of Aging Physical Activity* 2005; 13: 61–74.

D'Epinay C, Bickel J. Do "young-old" exercisers feel better than sedentary persons? A cohort study in Switzerland. *Canadian Journal on Aging* 2003; 22 (2): 155–165.

D'Epinay C, Maystre C, Bickel J. Aging and cohort changes in sport and physical training from the golden decades onward: A cohort study in Switzerland. *Loisir & Society – Society and Leisure* 2001; 24 (2): 453–481.

DiBrezzo R, Shadden B, Raybon B, Powers M. Exercise intervention designed to improve strength and dynamic balance among community-dwelling older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 2005; 13: 198–209.

Erityisliikunnan kalenterit 1988; 1996; 2004. Jyväskylä: Jyväskylän kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Liikuntapalvelukeskuksen julkaisuja.

Grossman M, Stewart A. "You aren't going to get better by just sitting around": Physical activity perceptions, motivations, and barriers in adults 75 years of age or older. *American Journal of Geriatric Cardiology* 2003; 12: 33–37.

Heikkinen E, Kauppinen M, Laukkanen P. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2003.

Hirvensalo M. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2002.

Hirvensalo M, Huovinen P, Kannas S, Parkatti T, Äijö M. Liikunta iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2003.

Hruda K, Hicks A, McCartney N. Training for muscle power in older adults: effects on functional abilities. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2003; 28: 178–189.

Johnson C, Mihalko S, Newell K. Aging and the time needed to reacquire postural stability. *Journal of Aging and Physical Activity* 2003; 11: 459–469.

Jokinen K, Saaristo K. Suomalainen yhteiskunta. Juva: Bookwell, 2002.

Karisto A, Takala P, Haapola I. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Juva: WSOY, 1998.

Lampinen P, Hirvensalo M. Liikunnan harrastaminen 65–69-vuotiailla henkilöillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 97–114.

Lees F, Clark P, Nigg C, Newman P. Barriers to exercise behavior among older adults: A focus-group study. *Journal of Aging and Physical Activity* 2005; 13: 23–33.

McPherson B, Yamaguchi Y. Aging and active lifestyles: a cross-cultural analysis of factors influencing the participation of middle-aged and elderly cohorts. Julkaisussa: Harris S, Heikkinen E, Harris W, eds. *Physical activity, aging and sports. Volume IV, Part 2: Psychology, Motivation and Programs*. Albany, NY: Center for the Study of Aging, 1995: 293–308.

Pohjolainen P. Physical activity and self-rated health in two cohorts in the elderly. Julkaisussa: Huber G, ed. *Healthy aging, activity and sports. International congress 'Physical activity, aging and sports', PAAS IV*, Heidelberg, Germany, 27.–31.8.1996. Camburg: Health Promoton Publications, 1997: 505–509.

Pohjolainen P, Heikkinen E, Lyyra A-L, Helin S, Tyrkkö K. Socioeconomic status, health and life-style in two elderly cohorts in Jyväskylä. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997; (Suppl. 52).

Puggaard L. Effects of training on functional performance in 65, 75 and 85 year-old women: experiences deriving from community based studies in Odense, Denmark. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 2003; 13: 70–76.

Sakari-Rantala R. Iäkkäiden ihmisten liikunta- ja kuntosaliharjoittelu. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö LIKES, 2003.

Sulander T. Functional ability and health behaviours. Trend and associations among elderly people, 1985–2003. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2005: 28–69.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B6, 2004: 10–16.

Uutela A, Helakorpi S, Puska P. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen keväällä 1997 ja sen muutokset 1993–1997. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B5, 1999.

Valve R, Absetz P, Fogelholm M, ym. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen perusraportti 2002. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisu A12, 2003: 34–35.

Verbrugge LM, Gruber-Baldini AL, Fozard JL. Age differences and age changes in activities: Baltimore longitudinal study of aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 1996; 51: S30–S41.

*Timo Suutama ja Isto Ruoppila*

**KOGNITIIVISET TOIMINNOT 65–69-VUOTIAILLA  
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**



## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	153
SAMMANDRAG .....	154
ABSTRACT .....	155
1 JOHDANTO .....	156
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	158
3 TULOKSET .....	160
4 POHDINTA .....	167
KIRJALLISUUS .....	170

## Tiivistelmä

Suutama T, Ruoppila I. **Kognitiiviset toiminnot 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 151–171.

Tutkimuksessa vertailtiin kolmen 65–69-vuotiaan jyvaskyläläiskohortin tiedonkäsittelytoimintoja. Ensimmäinen kohortti (n = 362) osallistui Ikivihreät-projektin haastattelututkimukseen vuonna 1988, toinen (n = 320) 1996 ja kolmas (n = 292) vuonna 2004. Tutkimusmenetelmät olivat Mini-D yleisen kognitiivisen kyvykkyyden testinä, muistin, oppimiskyvyn ja henkisen vireyden tason ja muutoksen itsearviot sekä itse arvioidut muistamisvaikeudet eri asioissa. Mini-D-testin tuloksissa ei ollut merkitseviä eroja kohorttien eikä miesten ja naisten välillä.

Muistamisvaikeuksia aiheuttivat eniten nimet. Kaikkiaan niitä koettiin kuitenkin melko vähän ja vähiten viimeksi syntyneessä kohortissa. Myös itsearviointeihin perustuvat kognitiivisen tason ja muutoksen summamuuttujat osoittivat hieman positiivisempaa suhtautumista kykyihin ja niiden muutoksiin myöhemmillä kohorteilla, erityisesti naisilla. Keskimäärin kyvyt koettiin tyydyttäväiksi ja vanhenemisen myötä säilyneiksi. Kaikki kohortit huomioiden Mini-D-testin tulos korreloi itsearvioinneista merkitsevästi vain kognitiivisen tason arvioon.

**Avainsanat:** tiedonkäsittelytoiminnot, muistivaikeudet, kohorttivertailututkimus, ikääntyvät ihmiset

## Sammandrag

Suutama T, Ruoppila I. **Kognitiv förmåga hos 65–69-åriga Jyväskyläbor 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 151–171.

I undersökningen jämfördes den kognitiva förmågan i tre kohorter av 65–69-åriga Jyväskyläbor. Den första kohorten ( $n = 362$ ) deltog i Evergreen-projektets intervjuundersökning 1988, den andra ( $n = 320$ ) 1996 och den tredje ( $n = 292$ ) 2004. Forskningsmetoderna var Mini-D som test för den allmänna kognitiva förmågan, den egna bedömningen av minnet, inlärningsförmågan, nivån på den mentala aktiviteten och förändringar i dessa samt självrapporterade minnessvårigheter vid olika tillfällen. I Mini-D-testets resultat fanns inga signifikanta skillnader mellan kohorterna och mellan män och kvinnor. Det var framför allt namn man hade svårt att minnas. Allt som allt förekom sådana svårigheter relativt litet och minst i den sista kohorten. Även summavariablerna av den självrapporterade kognitiva nivån och förändringar i den visade en något positivare inställning till den kognitiva förmågan bland de senare kohorterna, speciellt bland kvinnor. I genomsnitt upplevdes den kognitiva förmågan som tillfredsställande och man tyckte att den bibehållits genom åren. För alla kohorter gällde att Mini-D-testets resultat korrelerade signifikant enbart beträffande den självrapporterade kognitiva nivån.

**Nyckelord:** kognitiv förmåga, minnessvårigheter, kohortundersökning, åldrande människor

## Abstract

Suutama T, Ruoppila I. **Cognitive functions among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 151–171.

Cognitive functions among three cohorts of 65–69-year-old persons were compared in the study. The first cohort (n = 362) participated in an interview study as part of the Evergreen project in 1988, the second cohort (n = 320) in 1996 and the third one (n = 292) in 2004. The research methods were the Mini-D test as a general measure of cognitive functioning, self-evaluations of the level of and changes in memory, learning ability and mental agility as well as self-evaluated memory difficulties in various matters. There were no significant differences in the Mini-D test results between the cohorts or between women and men. Names were most likely to cause memory difficulties. In all, however, the amount of experienced memory difficulties was quite small, and smallest in the latest cohort. The sum scores based on the self-evaluations of memory, learning ability and mental agility indicated a somewhat more positive attitude towards one's own mental abilities among the later cohorts, particularly among women. These abilities were mostly perceived to be satisfactory and not to have changed with increasing age. Regarding the correlations between the Mini-D test results and the self-evaluations, only those with the self-perceived cognitive level were significant in all cohorts.

**Key words:** cognitive functions, memory difficulties, cohort comparison study, older people

## 1 JOHDANTO

Kun halutaan erottaa tutkittavien iästä aiheutuvat muutokset heidän syntymäajankohdansa sekä tutkimusajankohdan vaikutuksista tutkimustuloksiin eli tarkastellaan sukupolvien välisiä eroja tietyissä ikävaiheissa, tarvitaan poikkileikkaus- ja pitkittäistutkimusten lisäksi kohortteja vertailevaa tutkimusta. Ikivihreät-projektin edellisen kohorttiventailuraportin artikkelissa (Suutama ja Ruoppila 1999) totesimme, että tällaista eri aikaan syntyneitä tietyssä ikävaiheessa olevia ihmisiä vertailevaa tutkimusta oli viime vuosikymmenen loppuun mennessä tehty vain vähän. Viime vuosien aikana tilanne ei ole juuri muuttunut; uusia tutkimushavaintoja psyykkisen toimintakyvyn kohorttieroista on raportoitu hyvin vähän. On kuitenkin esitetty esimerkiksi suuntaa antavia havain-toja vakavien kognitiivisten ongelmien vähenemisestä yhdysvaltalaisessa vanhusväes-tössä (Freedman ym. 2002).

Osin tutkimusten vähäisyydenkin takia mahdollisten kohorttierojen tulkinta on psyko-logisissa tarkasteluissa jäänyt pitkälti avoimeksi. Selityksiä on etsitty erityisesti elämän-kulun ja elämäntapahtumien eroista eli fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä esiintyvis-tä sukupolvien välisistä eroista (esim. Uhlenberg 1996; Salthouse 1998 ja 1999; Ruoppila ym. 2003). Eräitä tällaisia eroja ilmenee koulutustason tai ainakin koulutuksen määrän nousuna, koulutuksen sisällön muutoksina, terveydenhuollon parantumisena sekä var-haiskasvu vuosien kehitysehtojen erilaisuutena. Kehitysehdoista lasten terveydenhuolto, ravitsemus sekä kasvatusta samoin kuin kasvu ympäristön erilaiset riski- ja voimavara-tekiöt ovat olleet vahvimmin esillä. Viime vuosien tutkimuksissa on alettu enenevästi kiinnittää huomiota myös mahdollisiin sikiökehityksen aikaisiin sukupolvien väliin eroihin, jotka voivat vaikuttaa aikuisiän kehityskulkuun.

Toisena etäisenä, tutkimusajankohdasta riippumattomana selityksenä Salthouse (1998 ja 1999) on tuonut esille käyttämättömyysoletuksen. Sen mukaan kognitiivista heikkenemistä tapahtuu toiminnoissa, joita ei käytetä. Kohorttierot voivat toisaalta liittyä myös tutkimustilanteeseen ja perustua siihen, miten tuttuja tutkimustilanteet sekä niissä käytettävät arviointimenetelmät ovat eri sukupolville. Erityisesti voidaan kysyä, pitä-vätkö eri sukupolvien edustajat yhtä tavoiteltavina asioina pyrkimistä maksimisuori-tukseen ja nopeasti, kuten on laita esimerkiksi aikarajoitetuissa testitehtävissä. Salthou-se painottaa kohorttierojen tulkintaperusteena sukupolvien välisiä eroja tehtävien rat-kaisustrategioissa.

Ikivihreät-projektin aiempia tutkimuksia (Ruoppila ja Suutama 1997a ja 1999) lukuun ottamatta suomalaista kognitiivisten toimintojen kohorttiventailua ei ole tehty. Myös kansainvälisesti tällainen tarkastelu on hyvin harvinaista. Merkittävin on Seattlen pit-kittäistutkimus Yhdysvalloissa (esim. Schaie 1996 ja 2005). Tässä hankkeessa vuosikym-menien saatossa tehdyt sekventiaaliset tutkimukset mahdollistavat ikäryhmävertailujen ja ajan myötä tapahtuvan muutoksen lisäksi eri aikoina syntyneiden ryhmien suoritus-tason vertailun eri ikävaiheissa.

Seattlen tutkimuksissa myöhemmin syntyneet kohortit ovat olleet edeltäjiään parempia avaruudellisessa hahmottamisessa ja päättelytaidoissa, mutta aiemmin syntyneet kohortit ovat usein suoriutuneet seuraajiaan paremmin laskutaitoa edellyttävissä tehtävissä (Schaie 1996 ja 2005; Schaie ym. 2005). Erilaisissa kielellisissä kyvyissä on havaittu vaihtelevasti joko kehitystä tai taantumista toisiaan seuraavien kohorttien välillä. Kohorttien välisissä kognitiivisten kykyjen eroissa on erityisesti koulutuksella, sen määrällä ja sisällöllä, havaittu olevan merkittävä vaikutus. Eroja voivat tuottaa myös eri ajan-kohtina asetetut vaihtelevat vaatimukset suoriutua erityyppisistä tehtävistä. Esimerkiksi sanaston tuntemuksessa havaittiin eräässä yhdysvaltalais tutkimuksessa kohorttieroja vanhempien kohorttien eduksi (Glenn 1994). Eroja selitettiin nuorempien sukupolvien vähentyneellä sanomalehtien ja muun lukemisen määrällä, jota korvasi lisääntynyt television katseluun käytetty aika.

Seattlen kohorttiseuraututkimuksessa on havaittu eroja kognitiivisissa toiminnoissa myös verrattaessa vanhempien ja heidän lastensa suoriutumista samassa iässä (Schaie 2005). Nämä perhesukupolvien väliset erot ovat olleet samansuuntaisia kuin muut kohorttierot; nuorempi sukupolvi on useimmissa kyvyissä ollut vanhempia parempi. Kognitiiviset vahvuudet ja heikkoudet ovat näyttäneet myös siirtyvän sukupolvesta toiseen merkittävänä poikkeuksena havaintonopeus, johon ei ilmeisesti liity selvää perinnöllistä taipumusta.

Ruotsissa havaittiin kahden, viime vuosisadan alussa viiden vuoden välein syntyneen kohortin eroavan 70-vuotiaana toisistaan kognitiivisten toimintojen testisuorituksissa myöhemmän kohortin eduksi (Berg 1980 ja 1992). Erojen syinä nähtiin myöhemmän kohortin korkeampi koulutustaso ja parempi terveydentila. Kun yhdysvaltalaisessa 24 vuoden pitkittäistutkimuksessa vertailtiin 14:ää eri kohorttia vaihtelevasti eri ikävaiheissa kielellisen kyvykkyyden osalta, havaittiin eroja nuorempien kohorttien eduksi (Alwin ja McCammon 2001). Kohortin kontrollointi poisti lähes kokonaan ikävaikutuksen, ja kohorttierojen syynä pidettiin erityisesti koulutuseroja. Toisessa yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa ei sen sijaan havaittu eroja kahden kohortin muistisuorituksissa 70–80 vuoden iässä (Zelinski ja Burnight 1997).

Eroja kognitiivisissa testisuorituksissa ei havaittu myöskään Ikivihreät-projektissa verrattaessa kahta neljän vuoden välein syntynyttä 80-vuotiaiden kohorttia (Ruoppila ja Suutama 1997a) eikä tämän tutkimuksen aiemmassa vaiheessa verrattaessa kahta 65–69-vuotiaiden kohorttia (Suutama ja Ruoppila 1999). Kohorttien aikavälit ja tarkastelun ikävaiheet olivat erilaisia. Ensimmäisessä vertailussa aikaväli oli ehkä liian lyhyt ja tutkittavat korkean ikänsä takia hyvin valikoituneita. Toisessa vertailussa kohortit eivät kovin merkittävästi eronneet toisistaan elämänaikaisissa sosiodemografisissa ja elinolosuhdetekijöissä.

Edelleen pätee aiemman artikkelimme (Suutama ja Ruoppila 1999) toteamus, että harvoissa kohorttivertailututkimuksissa kognitiivista kyvykkyyttä on tutkittu ns. objektiivisin, psykometrisin testimenetelmin. Metakognitiiviset tarkastelut puuttuvat edelleen,

vaikka niiden merkitystä koetun toimintakyvyn arvioimisessa on lisääntyvästi korostettu. Eri ajankohtina syntyneiden ihmisten käsitykset ja tiedot tiedonkäsittelytoimintojensa toimintaperiaatteista, tasosta ja kehityksestä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä voivat kuitenkin erota toisistaan samoin kuin heidän testisuorituksensa. Erilaisiin itsearviointeihin perustuva metamuistin tarkastelu lähinnä poikkileikkaustutkimuksissa on säilyttänyt keskeisen asemansa. Muiden kykyjen metakognitiivinen arviointi on siihen nähden ollut huomattavan vähäistä.

Tutkimuksia vertailtaessa on havaittu, että niiden tulokset itsearviointien ja testisuoritusten vastaavuudesta ovat olleet vaihtelevia (Zelinski ym. 1980; Weinert 1986; Hulstsch ja Dixon 1990; Suutama ja Ruoppila 1999; Suutama 2004). Kognitiivisten testimenetelmien lisäksi on kuitenkin perusteltua käyttää metakognitiivisia itsearviointeja, sillä ne heijastavat usein koulutukseen sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaan liittyviä, tiedonkäsittelykyihin vaikuttavia yksilöiden välisiä eroja.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata kognitiivisten toimintojen arviointimenetelmien tulokset vuosina 1988, 1996 ja 2004 suoritetuista tutkimuksista, jotka kohdistuivat 65–69-vuotiaisiin jyvaskyläläisiin. Kognitiivisen kyvykkyyden arviointi perustui yhteen testimenetelmään sekä erilaisiin itsearviointeihin. Tarkastelun kohteena ovat kolmen tutkitun kohortin väliset erot ja yhtenevyydet miehillä ja naisilla.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineistot koottiin kolmessa vaiheessa vuosina 1988, 1996 ja 2004 (ks. Kaupisen ja Salon artikkeli tässä julkaisussa). Iältään 65–69-vuotiaita vuosina 1919–1923 syntyneitä tutkittuja henkilöitä oli vuonna 1988 kaikkiaan 362 (142 miestä ja 220 naista). Heistä 95 % vastasi kaikkiin kognitiivisten toimintojen testin osioihin ja 86–98 % metakognitiivisiin itsearviointikysymyksiin. Vuonna 1996 vuosina 1927–1931 syntyneiden tutkittujen määrä oli 320 (132 miestä ja 188 naista). Heistä 94 % vastasi koko testiin ja 94–99 % itsearviointikysymyksiin. Vuonna 2004 vuosina 1935–1939 syntyneiden tutkittujen määrä oli 292 (119 miestä ja 173 naista). Heistä kaikki vastasivat testin kaikkiin tehtäviin ja 98–99 % itsearviointikysymyksiin. Tutkimukseen osallistumisen aste hie-  
man aleni ajan myötä: 81 %, 80 % ja 73 %. Tutkimuksen havainnot kuvataan kohorteit-  
tain koko aineistossa sekä erikseen miesten ja naisten osalta.

Kognitiivisten toimintojen tason arvioinnissa käytettiin Mini-D-testiä, joka laadittiin Helsingin yliopistollisen sairaalan neurologian klinikalla laajemmasta D-testistä (Erkinjuntti ym. 1986). Se puolestaan perustui lähinnä Lurian (1973 ja 1980) neuropsykologiseen teoriaan, joka kuvaa eri tiedollisten toimintojen neuraalista perustaa. Mini-D tarkoitettiin alkujaan erityisesti dementian seulontaan, mutta tässä tutkimuksessa sitä käytettiin yleisen kognitiivisen kyvykkyyden arviointimenetelmänä. Testissä on 35 osiota, joiden avulla arvioidaan kognitiivisia toimintoja, kuten aikaan ja paikkaan orien-  
toituminen, muistitoiminnot, käsityskyky ja päättely, hahmottaminen sekä numeerinen

kyky (Ruoppila ja Suutama 1990). Testiosioista lasketaan summapistemäärä, jonka mahdollinen vaihteluväli on 0–43 pistettä. Alle 30 pisteen tulos viittaa kognitiivisiin ongelmiin. Mini-D:n reliabiliteetti (sisäinen yhtenevyys, Cronbachin alfa) vaihteli kohorteittain välillä 0,72–0,80 koko aineistossa, miehillä välillä 0,67–0,78 ja naisilla välillä 0,75–0,82 (taulukko 1). Arvot olivat vähintään tyydyttäviä ja riittivät hyvin ryhmävertailuihin.

Muistitoimintojen vaikeuksiin kiinnitetään usein herkästi huomioita jo varhaisessa vanhuudessa. Niitä selvitettiin tässä tutkimuksessa tiedustelemalla tutkituilta heidän kokemiaan mahdollisia muistamisvaikeuksia kuudessa asiassa: nimet, kasvojen tunnistaminen, mihin on jättänyt jonkin tavaran, mitä oli tekemässä, mitä piti keskustelussa sanoa ja sovitut tapaamiset. Vastaukset pisteitettiin 3-luokkaisella asteikolla (ei lainkaan, jonkin verran tai paljon vaikeuksia). Näistä kuudesta kysymyksestä muodostettiin summamuuttuja, jonka mahdollinen vaihteluväli oli 0–12. Summamuuttujan Cronbachin alfa vaihteli kohorteittain välillä 0,55–0,67 koko aineistossa, miehillä välillä 0,52–0,72 ja naisilla välillä 0,58–0,71 (taulukko 1). Arvot olivat vain tyydyttäviä mutta riittivät ryhmävertailuihin.

**Taulukko 1.** Kognitiivisten toimintojen arviointimenetelmien reliabiliteetit (Cronbachin alfa) 65–69-vuotiailla jyväskyläisillä miehillä, naisilla ja koko aineistossa vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

	Miehet			Naiset			Kaikki		
	1988 (n = 142)	1996 (n = 132)	2004 (n = 119)	1988 (n = 220)	1996 (n = 188)	2004 (n = 173)	1988 (n = 362)	1996 (n = 320)	2004 (n = 292)
Menetelmä									
Mini-D	0,77	0,78	0,67	0,78	0,82	0,75	0,78	0,80	0,72
Muisti- vaikeudet	0,52	0,72	0,61	0,58	0,60	0,71	0,55	0,65	0,67
Kognitiivi- nen taso	0,63	0,79	0,71	0,63	0,60	0,65	0,63	0,70	0,67
Kognitiivi- nen muutos	0,57	0,51	0,56	0,65	0,42	0,54	0,62	0,46	0,55

Tutkituilta henkilöiltä tiedusteltiin haastattelun yhteydessä yleisluonteisesti heidän omia arvioitaan muististaan, oppimiskyvystään ja henkisestä vireydestään (liite 1, kysymykset 75–86). Heitä pyydettiin arvioimaan 5-luokkaisella asteikolla edellä kuvattujen ominaisuuksiensa senhetkistä tasoa sekä näissä toiminnoissa mahdollisesti tapahtuneita muutoksia haastattelua edeltäneiden vuosien aikana. Oppimiskyvyn arvioinnissa oli vuonna 1988 myös vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”, joka jätettiin pois vuonna 1996,



koska siihen kasautui luokitusjatkumolle sopimattomia vastauksia. Testattaessa ryhmien välisiä eroja  $\chi^2$ -testillä muuttujat muutettiin kolmiluokkaisiksi yhdistäen tasomuuttujissa luokat erittäin hyvä ja hyvä sekä erittäin huono ja huono ja muutosmuuttujissa luokat selvästi ja jonkin verran paremmaksi sekä selvästi ja jonkin verran huonommaksi.

Kolmesta viisiluokkaisesta tasokysymyksestä ja kolmesta muutoskysymyksestä muodostettiin summamuuttujat, joiden kummankin vaihteluväli oli 3–15. Tulosten kuvausta varten näiden muuttujien suunta käännettiin, jotta suurempi arvo osoittaa positiivisempaa arviota. Tasosumman sisäinen yhtenevyys vaihteli kohorteittain koko aineistossa välillä 0,63–0,70, miehillä välillä 0,63–0,79 ja naisilla välillä 0,60–0,65. Vastaavat muutossumman arvot vaihtelivat kohorteittain koko aineistossa välillä 0,46–0,62, miehillä välillä 0,51–0,57 ja naisilla välillä 0,42–0,65 (taulukko 1). Tasosumma oli riittävän reliabeli ryhmävertailuihin. Muutossummaa koskevia havaintoja sen sijaan on tulkitettava varoen.

### 3 TULOKSET

Kohorttien välillä ei ollut eroja Mini-D-testin keskiarvoissa tai variansseissa. Myös pistemäärät jakaantuivat hyvin samankaltaisesti eri kohorteissa. Alhaisen pistemäärän (alle 30) sai eri kohorteista 4 %, täydet 43 pistettä 12 % vuosina 1919–1923 syntyneistä ja 10 % sekä vuosina 1927–1931 että vuosina 1935–1939 syntyneistä. Tärkeää on myös havaita, että miesten ja naisten välillä ei ollut eroja missään kohortissa, vaan kummallakin sukupuolella tiedollisten toimintojen taso oli tässä ikäryhmässä sama (taulukko 2).

Mini-D:n jakaumakuvi (kuvio 1) osoittaa heikosti suoriutuneiden (< 30 pistettä) määrän olleen sama eri kohorteissa. Myös jakaumien muodot olivat hyvin samankaltaiset. Kyseisen pistemäärärajan alittamista voidaan pitää perusteltuna osoituksena jatkotutkimusten tarpeellisuudesta muistihäiriöitä epäiltäessä.

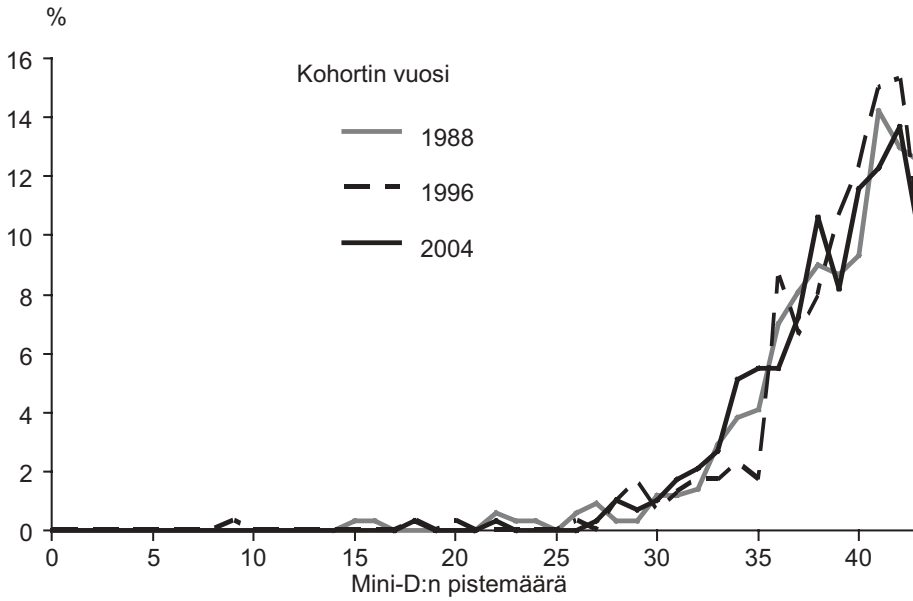
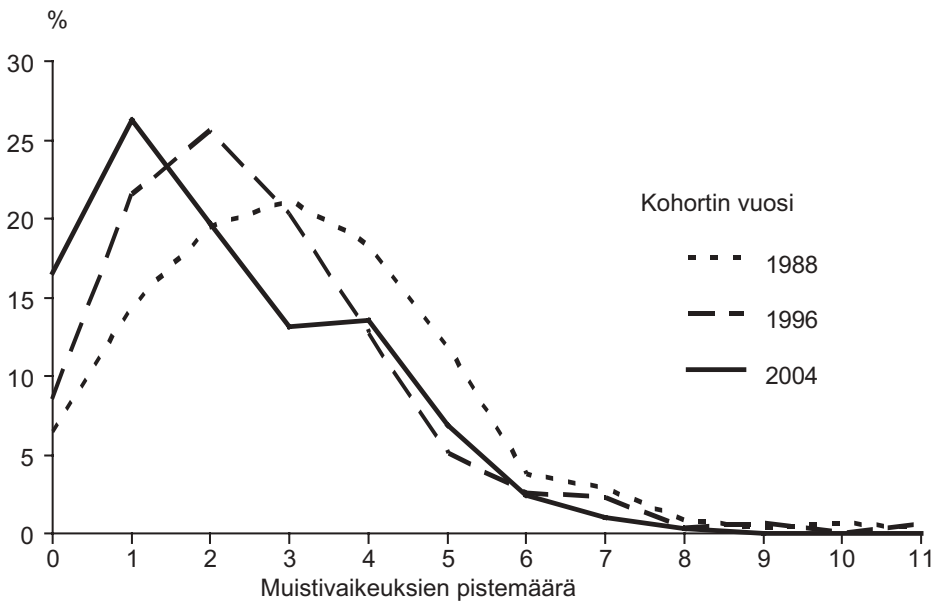
Koetuista muistamisvaikeuksista kootussa summamuuttujassa kohortit erosivat merkittävästi toisistaan sekä naisten että miesten ryhmissä. Vuosina 1919–1923 syntyneet ilmaisivat eniten muistamisvaikeuksia, ja vähiten niitä kokivat tai ainakin toivat esille myöhäisimpään kohorttiin kuuluvat eli vuosina 1935–1939 syntyneet (taulukko 2). Parittaisessa vertailussa kaikki kohorttien väliset erot olivat merkitseviä naisilla ja kahden viimeisimmän kohortin eroa lukuun ottamatta myös miehillä. Muistivaikeuksien varianssit eivät eronneet toisistaan. Kaikkiaan muistamisvaikeuksia koettiin kuitenkin suhteellisen vähän keskiarvojen vaihdella 2,1:stä 3,2:een, kun korkein mahdollinen pistemäärä oli 12 ja toteutunut vaihteluväli eri kohorteissa 0–11. Runsaasti muistamisvaikeuksia (6 pistettä tai enemmän) oli 8 %:lla ensiksi syntyneestä kohortista, 6 %:lla seuraavaksi syntyneestä kohortista ja 4 %:lla viimeksi syntyneestä kohortista. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroja missään kohortissa (taulukko 2). Myös muistivaikeuksien jakaumakuvi (kuvio 2) osoittaa huomattavien vaikeuksien rajaksi perustellusti  $\geq 6$  pistettä.

**Taulukko 2.** Kognitiivisten toimintojen tulokset (keskiarvo ja keskihajonta) 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004.

Summamuuttuja	Miehet			Naiset			Sukupuoli- erot
	1988 (1)	1996 (2)	2004 (3)	1988 (1)	1996 (2)	2004 (3)	
<b>Mini-D</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	38,0	38,6	38,0	38,7	38,6	38,6	0,065 <sup>a</sup>
Keskihajonta	4,4	4,3	3,7	4,3	4,7	4,0	<u>1996</u>
n	133	124	119	212	177	173	0,725 <sup>a</sup>
Kruskalin ja Wallisin testi, p		0,227			0,852		<u>2004</u>
parivertailu: Mannin ja Whitneyyn testi, $p < 0,05$							0,097 <sup>a</sup>
<b>Muisti- vaikkeudet</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	2,9	2,4	2,1	3,2	2,7	2,2	0,482 <sup>a</sup>
Keskihajonta	1,8	1,9	1,6	1,9	1,8	1,8	<u>1996</u>
n	138	129	118	217	187	171	0,065 <sup>a</sup>
Kruskalin ja Wallisin testi, p		$< 0,001$			$< 0,001$		<u>2004</u>
parivertailu: Mannin ja Whitneyyn testi, $p < 0,05$		1–2, 1–3			1–2, 1–3, 2–3		0,668 <sup>a</sup>
<b>Kognitiivinen taso</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	9,8	9,9	10,1	9,6	10,0	10,2	0,272 <sup>b</sup>
Keskihajonta	1,5	1,8	1,5	1,6	1,4	1,4	<u>1996</u>
n	132	130	119	190	183	169	0,589 <sup>b</sup>
Varianssi- analyysi, p		0,246			$< 0,001$		<u>2004</u>
parivertailu: LSD, $p < 0,05$					1–2, 1–3		0,620 <sup>b</sup>
<b>Kognitiivinen muutos</b>							<u>1988</u>
Keskiarvo	7,7	7,7	8,0	7,6	7,9	7,9	0,685 <sup>b</sup>
Keskihajonta	1,3	1,3	1,2	1,4	1,1	1,2	<u>1996</u>
n	122	128	118	188	182	169	0,146 <sup>b</sup>
Varianssi- analyysi, p		0,134			0,028		<u>2004</u>
parivertailu: LSD, $p < 0,05$					1–2, 1–3		0,534 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Mannin ja Whitneyyn testi.<sup>b</sup> t-testi.

Tilastolliset erot vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä on testattu varianssianalyysillä ja LSD-parivertailutestillä tai Kruskalin ja Wallisin testillä ja Mannin ja Whitneyyn testillä ja sukupuolierot t-testillä tai Mannin ja Whitneyyn testillä.

**Kuvio 1.** Mini-D-testin summapistemäärän jakauma 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.**Kuvio 2.** Muistivaikeuksien summapistemäärän jakauma 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.

Taulukossa 3 on esitetty kuudessa kysytyssä asiassa niiden osuudet, jotka ilmoittivat kokeneensa muistamisvaikeuksia jonkin verran tai paljon. Yleensä eri kohortit samoin kuin sukupuolet kokivat tiedustellut vaikeudet jokseenkin samassa järjestyksessä. Vaikeuksia tuottivat eniten nimien ja sen muistaminen, mitä piti sanoa. Vähiten vaikeuksia ilmaistiin kasvojen tunnistamisessa ja sovittujen tapaamisten muistamisessa. Ainakin jonkin verran muistamisvaikeuksia nimissä koki valtaosa kustakin kohortista (75–85 % miehiä ja naisia erikseen tarkastellen). Kasvojen tunnistaminen sen sijaan oli vaikeaa vain 20–25 %:lle ja sovittujen tapaamisten muistaminen 3–14 %:lle.

Kohorttien välillä todettiin eroja siinä, missä määrin niillä oli vaikeuksia kysyttyjen toimintojen muistamisessa. Vuonna 1988 miehet toivat esille enemmän nimien ja sovittujen tapaamisten muistamisen vaikeuksia kuin vuosina 1996 ja 2004. Naiskohortit erosivat samansuuntaisesti nimien muistamisen vaikeudessa sekä sen muistamisessa, mitä piti sanoa ja mitä he olivat tekemässä. Koko aineistossa kohortit erosivat toisistaan jokaisessa tiedustellussa asiassa ( $p = 0,000–0,036$ ). Vuonna 1988 tutkitussa kohortissa oli lähes aina eniten niitä, joilla oli muistamisvaikeuksia ainakin jonkin verran, ja vuonna 2004 tutkitussa kohortissa lähes aina vähiten.

Mahdollisia sukupuolten välisiä eroja tarkasteltiin kohorteittain. Vuonna 1988 naiset ilmaisivat useammin sen unohtamista, mitä he olivat tekemässä, kuin miehet. Samanlainen ero ilmeni myös vuonna 1996, mutta ei enää vuonna 2004. Muutoin sukupuolten väliset erot eri kohorteissa jäivät koetuissa muistamisvaikeuksissa vähäisiksi.

Huomattava enemmistö vastaajista arvioi kognitiiviset toimintonsa tyydyttäväiksi. Hyvin kielteisiä ( $\leq 6$  pistettä) itsearvioita antoi enintään 1–2 % ja hyvin myönteisiä ( $\geq 12$  pistettä) 13–18 % osuuden ollessa suurin myöhäisimmässä kohortissa (vrt. kuvio 3). Kognitiivisten muutosten itsearvioinneissa huomattavaa heikkenemistä ( $\leq 6$  pistettä) ilmaisi 11–18 %. Osuus oli suurin varhaisimmassa kohortissa (vrt. kuvio 4). Hyvin myönteistä muutosta ( $\geq 12$  pistettä) ilmaisi vain pari henkilöä kaikista eri aikoina tutkituista.

Kognitiivisen tason ja muutoksen itsearvioinneissa vuonna 1988 tutkittu kohortti arvioi tiedollisten toimintojensa tason selvästi alhaisemmaksi kuin vuosina 1996 ja 2004 tutkitut kohortit ( $p < 0,001$ ). Parivertailussa ero oli merkitsevä ensimmäisen ja toisen ( $p = 0,010$ ) sekä ensimmäisen ja viimeisen ( $p < 0,001$ ) kohortin välillä. Varhaisin kohortti koki myös kognitiivisten toimintojensa muuttuneen huonompaan suuntaan kuin myöhemmät ( $p = 0,012$ ). Tässäkin ensimmäinen kohortti erosi sekä toisesta ( $p = 0,037$ ) että viimeisestä ( $p = 0,004$ ). Sen sijaan kaksi myöhäisintä kohorttia eivät enää eronneet toisistaan tässä suhteessa.

**Taulukko 3.** Jonkin verran tai paljon muistamisvaikeuksia aiheuttavat asiat 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiverailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

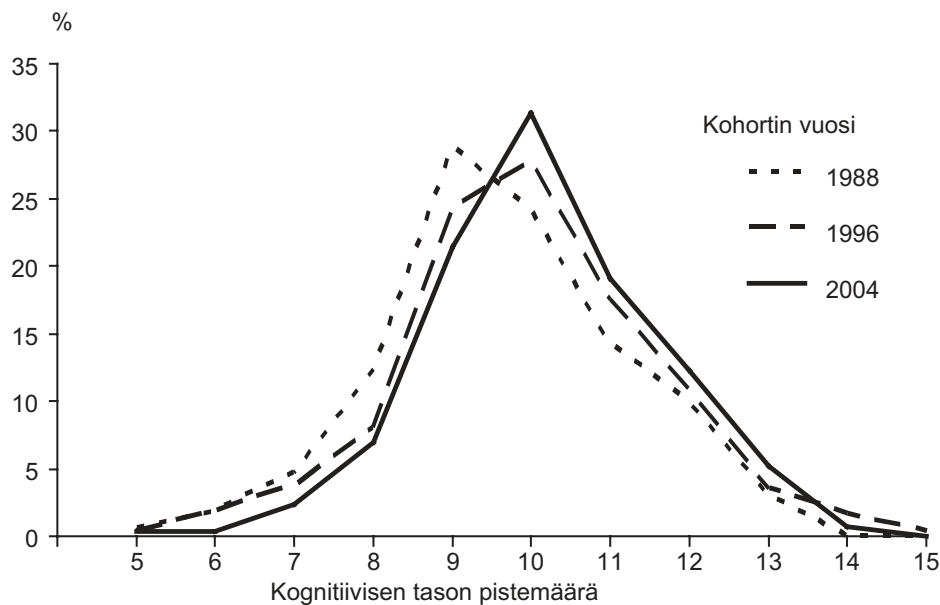
Muistivaikeus	Miehet			Naiset			Sukupuoli- erot
	1988	1996	2004	1988	1996	2004	<i>p</i>
<b>Nimien muistaminen</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	56	70	71	59	75	70	0,390
Paljon	29	15	7	25	9	5	<u>1996</u>
							0,172
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	< 0,001			< 0,001			0,802
<b>Unohtaa, mitä piti sanoa</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	42	38	37	52	49	39	0,109
Paljon	4	3	0	5	3	0	<u>1996</u>
							0,152
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	0,199 <sup>a</sup>			0,001			0,704 <sup>b</sup>
<b>Tavaroiden muistaminen</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	44	34	32	44	34	41	0,770
Paljon	5	3	4	7	5	4	<u>1996</u>
							0,621
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	0,243			0,153			0,296
<b>Unohtaa, mitä oli tekemässä</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	23	19	20	41	35	28	0,002
Paljon	3	2	1	4	3	1	<u>1996</u>
							0,009 <sup>a</sup>
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	0,670 <sup>a</sup>			0,007			0,304 <sup>a</sup>
<b>Kasvojen tunnistaminen</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	19	18	18	19	20	19	0,835
Paljon	6	2	2	5	2	1	<u>1996</u>
							0,903 <sup>a</sup>
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	0,237			0,143			0,672 <sup>a</sup>
<b>Tapaamisten muistaminen</b>							<u>1988</u>
Jonkin verran	13	10	3	12	5	5	0,785 <sup>a</sup>
Paljon	1	2	0	1	2	1	<u>1996</u>
							0,271 <sup>a</sup>
							<u>2004</u>
$\chi^2$ , <i>p</i>	0,027 <sup>a</sup>			0,066 <sup>a</sup>			0,520 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> 33,3 %-ssa soluista odotettu frekvenssi < 5.

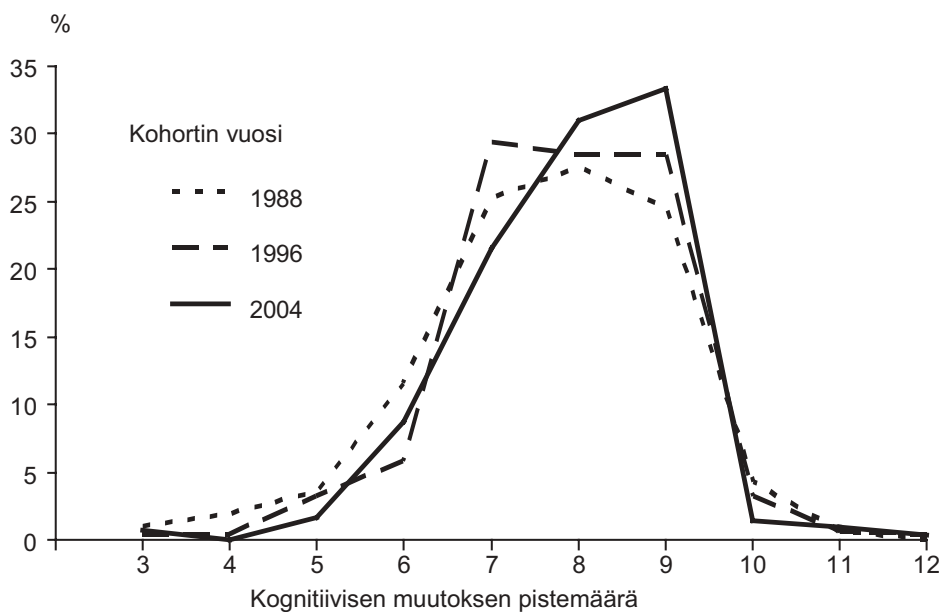
<sup>b</sup> Laskettu 2 x 2 -taulukolle.

Kohortti- ja sukupuolierot testattu kolmiluokkaisin muuttujin  $\chi^2$ -testillä.

**Kuvio 3.** Koetun kognitiivisen tason summapistemäärän jakauma 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.



**Kuvio 4.** Koetun kognitiivisen muutoksen summapistemäärän jakauma 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.



Kognitiivisten toimintojen tason ja muutosten itsearvioinneissa mieskohorttien erot eivät nousseet merkitseviksi, vaikka niiden suunta oli sama kuin koko aineistossa. Sen sijaan naiskohorttien erot olivat merkitseviä (taulukko 2). Varhaisin naiskohortti erosi kognitiivisten toimintojen tason heikommilla itsearvioinneillaan sekä toisesta ( $p = 0,004$ ) että viimeisestä ( $p < 0,001$ ) kohortista. Vastaavasti erot kognitiivisten toimintojen muutosten itsearvioinneissa muodostuivat merkitseviksi: ensimmäinen naiskohortti arvioi niiden muuttuneen huonompaan suuntaan kuin toinen ( $p = 0,014$ ) ja viimeinen ( $p = 0,032$ ). Sen sijaan kaksi viimeistä naiskohorttia eivät tässä eronneet toisistaan.

Kognitiivisten toimintojen yksittäisten taso- ja muutoksikysymysten vastausjakaumien tarkastelu osoitti, että viimeisin mieskohortti antoi henkisen vireyden itsearvioon myönteisiä vastauksia enemmän kuin varhaisemmat kohortit ( $p = 0,035$ ; muuttuja kolmi-luokkaisena). Samoin viimeisessä mieskohortissa koettiin muistin heikentymistä harvemmin kuin aiemmissa kohorteissa ( $p = 0,017$ ; 33,3 %:ssa soluista odotettu frekvenssi  $< 5$ ). Naiskohorteilla vastaavansuuntainen ero viimeksi syntyneen kohortin eduksi ilmeni muistin itsearvioinnissa ( $p = 0,008$ ) ja kahden viimeisimmän kohortin eduksi oppimiskyvyn ( $p < 0,001$ ) ja henkisen vireyden ( $p = 0,044$ ) itsearvioinnissa. Yhdistetyssä miesten ja naisten aineistossa tasokysymyksistä sekä muistin ( $p = 0,001$ ) ja oppimiskyvyn ( $p < 0,001$ ) että henkisen vireyden ( $p = 0,007$ ) itsearvioinnit muuttuivat myönteisemmiksi siirryttäessä ensimmäisestä toiseen ja edelleen kolmanteen kohorttiin. Sukupuolten väliset erot eri kohorteissa jäivät kaikkiaan vähäisiksi eivätkä nousseet tilastollisesti merkitseviksi missään muuttujassa.

Mini-D-testin ja metakognitiivisten muuttujien pistemäärien väliset korrelaatiot kohorteittain ja sukupuoliryhmittäin kuvataan taulukossa 4. Eri kohorteissa sekä miehillä että naisilla Mini-D-testin tulos oli selvimmin yhteydessä itsearvioituun kognitiiviseen tasoon muiden yhteyksien jäädessä alhaisiksi. Merkitsevätkin korrelaatiot tosin jäivät suhteellisen alhaisiksi vaihdellen välillä 0,25–0,35. Muistivaikeuksien ja kognitiivisen tason sekä koettujen muutosten itsearvioinnit olivat kohtalaisen voimakkaassa keskinäisessä yhteydessä. Osittain yhteydet muodostuivat siksi, että näissä kaikissa kyse oli itsearvioituista kognitiivisista toiminnoista. Miehillä nämä yhteydet olivat johdonmukaisesti voimakkaampia kuin naisilla ja melko korkeitakin ottaen huomioon muuttujien suhteellisen alhaiset reliabiliteetit.

Yhdistetyssä miesten ja naisten aineistossa Mini-D-testin korrelaatiot kognitiivisten toimintojen itsearviointeihin vaihtelivat välillä 0,27–0,30 osoittautuen huomattavan samanlaisiksi eri kohorteissa. Kognitiivisten toimintojen itsearviointien keskinäiset korrelaatiot vaihtelivat puolestaan välillä 0,36–0,51 ilman systemaattisia kohorttieroja.

**Taulukko 4.** Mini-D-testin ja metakognitiivisten testien keskinäiset korrelaatiot (*r*-korrelaatiokertoimet) 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Vuosi, summamuuttuja	1	2	3	4
1988	Miehet			
1. Mini-D		0,08	0,26**	–0,09
2. Muistivaikkeudet	–0,10		–0,40***	–0,43***
3. Kognitiivinen taso	0,29***	–0,45***		0,43***
4. Kognitiivinen muutos	0,13	–0,45***	0,47***	
	Naiset			
1996	Miehet			
1. Mini-D		–0,12	0,35***	0,22*
2. Muistivaikkeudet	–0,12		–0,57***	–0,57***
3. Kognitiivinen taso	0,25***	–0,46***		0,58***
4. Kognitiivinen muutos	0,13	–0,45***	0,47***	
	Naiset			
2004	Miehet			
1. Mini-D		0,04	0,29***	0,09
2. Muistivaikkeudet	0,00		–0,34***	–0,43***
3. Kognitiivinen taso	0,25***	–0,37***		0,50***
4. Kognitiivinen muutos	–0,04	–0,54***	0,40***	
	Naiset			

\* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ , \*\*\* $p \leq 0,001$ .

#### 4 POHDINTA

Kolmen vuosina 1988, 1996 ja 2004 tutkitun kohortin maksimaalinen syntymävuosien ero oli 20 vuotta. Tällaisen aikaeron voi olettaa tuottavan ainakin joitakin eroja myös tutkittujen henkilöiden kognitiivisissa toiminnoissa. Kohorttien vertailtavuus on kaden samankaltaisten valikoivien vaikutusten perusteella kohtalaisen suuri, joskin vuonna 2004 osallistumisaktiivisuus oli hieman alempi kuin vuosina 1988 ja 1996. Tämä vuonna 2004 tutkitun kohortin hieman suurempi valikoituminen on pidettävä mielessä mahdollisia kohorttien välisiä eroja tulkittaessa.



Käytetyt tutkimusmenetelmät, niin Mini-D-testi kuin kognitiivisten toimintojen erilaiset itsearvioinnit, osoittautuivat eri kohorteissa jokseenkin yhtä reliabeleiksi. Samoin miesten ja naisten väliset erot jäivät vähäisiksi. On kuitenkin huomattava kognitiivisten toimintojen muutosmuuttujien muita käytettyjä muuttujia alhaisempi reliabiliteetti, joka pakottaa varovaisuuteen tehtäessä johtopäätöksiä kognitiivisten muutosten mahdollisista kohortti- tai sukupuolieroista.

Mini-D-testin tuloksissa ei ollut merkitseviä eroja kohorttien eikä sukupuolten välillä. Koska testi on alkujaan tarkoitettu dementian seulontaan, se on rakennettu erityisesti erottelemaan tehokkaasti henkilöitä, joilla on heikkouksia tai vaikeuksia kognitiivisissa toiminnoissa. Osa tutkituista saavuttaa testin maksimisuoritustason, mikä voi rajoittaa mahdollisten kohorttierojen ilmenemistä. Maksimipistemäärien saavuttaneiden määrässä ei kuitenkaan ollut kohorttien välillä juurikaan eroja, joten tämä testin luonnetta kuvaava tekijä ei vääristä tuloksia. Johtopäätöksenä voidaan esittää, että jyvaskylälaisten 65–69-vuotiaiden kognitiivinen suoritustaso on säilynyt ennallaan tutkitun 16 vuoden ajan. Koska Mini-D-testi koostuu useista eri mittauskohteista, saattaa olla, että jollakin kognitiivisen toiminnon alueella kohortit eroavat tiettyyn suuntaan ja jollakin toisella päinvastaiseen, jolloin nämä vastakkaissuuntaiset erot kumoavat toisensa. Tämä on kuitenkin erillisen jatkotutkimuksen kysymys, sillä pelkän Mini-D-testin avulla ei voida luotettavasti arvioida erillisiä kykyjä. On myös huomattava, että saattaa olla sellaisia toimintoja, joissa kohortit eroavatkin toisistaan mutta jotka eivät lainkaan sisälly Mini-D:n tehtäväsarjaan.

Kognitiivisten toimintojen itsearvioinneissa vuonna 1988 tutkittu kohortti toi eniten esille muistamisvaikeuksia tiedusteltaessa kuuden erilaisen asian muistamista. Muistamisvaikeudet koettiin vähäisempinä seuraavassa ja vielä vähäisempinä viimeisessä kohortissa. Erot olivat hieman suurempia naisten kuin miesten kohorttien välillä. Koettu kognitiivinen taso oli naisten varhaisimmalla kohortilla alempi kuin myöhemmin syntyneillä kohorteilla eron ilmetessä myös yhdistetyssä miesten ja naisten aineistossa. Vastaavasti kognitiivisten toimintojen muutos tutkimusta edeltäneinä vuosina koettiin kielteisimmäksi varhaisimmassa kohortissa. Koulutuksen määrän on todettu olevan yhteydessä itsearvioituihin kognitiivisiin toimintoihin siten, että koulutuksen lisääntyessä itsearviot muuttuvat positiivisemmiksi (esim. Kuikka ym. 1994). Myöhemmin syntyneillä kohorteilla olikin enemmän koulutusta, erityisesti naisilla ero oli erityisen selvä (ks. Raution ja Lampisen artikkeli tässä julkaisussa). Avoimeksi kysymykseksi jää, missä määrin julkinen keskustelu ikämuutoksista ja stereotyyppisten käsitysten mahdollinen lieventyminen näkyvät myöhemmin syntyneiden kohorttien muistin ja muun kognitiivisen kyvykkyyden itsearvioinneissa.

Mini-D-testin ja kognitiivisten toimintojen itsearviointien keskinäiset korrelaatiot osoittivat, että Mini-D oli yhteydessä vain itse arvioituun kognitiiviseen tasoon ja että siihenkin yhteys oli jokseenkin vähäinen. Myös Ikivihreät-tutkimuksen aiemmissa jyvaskylälaisten iäkkäiden henkilöiden aineistoissa (Kuikka ja Suutama 1993; Kuikka ym. 1994; Ruoppila ja Suutama 1997a) samoin kuin pohjoismaisessa vertailevassa tutkimuksessa

(Ruoppila ja Suutama 1997b) testitulosten yhteydet muistin itsearviointeihin ovat olleet heikot. Eri kognitiivisten toimintojen itsearvioinnit korreloivat keskenään, mutta vain kohtalaisesti. Tämä osoittaa, että eri itsearvioinnit ovat tavoittaneet metakognitioiden eri puolia.

Mini-D-testin tuloksissa ei ilmennyt kohorttien välisiä eroja, mikä voi perustua siihen, että tutkittu kohorttien ikäväli on Suomen oloissa vielä liian suppea erojen ilmenemiseksi. Toisaalta myös ympäristötekijöiden erisuuntaiset muutokset voivat kompensoida toistensa vaikutuksia. Lapsuuden ravitsemuserojen ja koulutuserojen on todettu näkyvän kohorttien eroina monissa asioissa, myös kognitiivisessa kyvykkyydessä, vielä myöhäisissäkin elämänvaiheissa (Uhlenberg 1996; Salthouse 1998 ja 1999). Vuosina 1935–1939 syntyneen kohortin lapsuusvuosiin liittyivät sodat ja aineellinen puute, mikä lienee heikentänyt sen ravitsemusoloja aiempiin kohortteihin verrattuna. Tämä voisi näkyä kohortin muita heikompana kognitiivisena suoriutumisenä. Näin ei kuitenkaan tämän tutkimuksen perusteella ole, mitä voi ainakin osittain selittää kohortista toiseen parantunut koulutustaso.

Yhdysvaltalainen vuonna 1956 alkanut ja edelleen jatkuva kohorttiseuraututkimus (Schaie 2005; Schaie ym. 2005) on osoittanut, että myöhemmin syntyneiden sukupolvien kognitiivisten toimintojen taso on yleensä parempi kuin aikaisemmin syntyneiden. Selvimät erot on havaittu ennen toista maailmansotaa ja sen jälkeen syntyneiden kohorttien välillä. Myös 1920- ja 1930-luvuilla syntyneiden kohorttien välillä on havaittu eroja myöhempien kohorttien eduksi lukuun ottamatta kielellistä ymmärrystä ja numeerista kykyä, joissa 1920-luvun alussa syntynyt kohortti on osoittanut parempaa kyvykkyyttä. Kyseisen tutkimuksen tuloksia ei kuitenkaan voida suoraan verrata tässä tutkimuksessa tehtyihin havaintoihin, koska esimerkiksi arviointimenetelmät ja ikävaiheiden tarkastelu ovat erilaisia. Schaie ym. (2005) kehottavat yleensäkin varovaisuuteen samaan aikaan eri maissa syntyneiden kohorttien kansainvälisissä vertailuissa niiden elämään vaikuttaneiden kulttuuris-historiallisten erojen takia.

Erityisesti edellä mainitun yhdysvaltalais tutkimuksen tuoreimpien koulutuserojen merkitystä korostavien havaintojen (Schaie 2005; Schaie ym. 2005) perusteella voidaan kuitenkin olettaa, että suomalaisten ikäihmisten kognitiivinen suoritustaso tulee nousemaan kauan 2000-luvulla, kun 1970-luvun peruskoulu-uudistus ja sen jälkeiset toisen ja kolmannen asteen koulutuksen laajennukset alkavat näkyä. Kohorttierojen luonne perustuu siihen, millaisia elinympäristöjä, elämäkokemuksia ja elämäkulun riski- ja voimavaratekijöitä eri sukupolvet ovat ehtineet käydä läpi ja kokea vaikkapa ehtiessään 65–69 vuoden ikään. Kohorttierojen suunta ei tästä syystä jatku välttämättä samanlaisena, vaan erot voivat kääntyä aikaisemmin syntyneiden kohorttien eduksikin.

## KIRJALLISUUS

Alwin D, McCammon R. Aging, cohorts, and verbal ability. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001; 56B: S151–S161.

Berg S. Psychological functioning in 70- and 75-year-old people: A study in an industrialized city. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980; (Suppl. 288).

Berg S. Åldrande, sjukdom och intelligens: Resultat från H70-undersökningen. *Gerontologia* 1992; 6: 22–31.

Erkinjuntti T, Laaksonen R, Sulkava R, ym. Neuropsychological differentiation between normal aging, Alzheimer's disease and vascular dementia. *Acta Neurologica Scandinavica* 1986; 74: 393–403.

Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. *JAMA* 2002; 288: 3137–3146.

Glenn N. Television watching, newspaper reading, and cohort differences in verbal ability. *Sociology of Education* 1994; 67: 216–230.

Hultsch D, Dixon R. Learning and memory in aging. Julkaisussa: Birren J, Schaie K, eds. *Handbook of the psychology of aging*. Third edition. San Diego, CA: Academic Press, 1990: 258–274.

Kuikka P, Suutama T. Muistin itsearvioiden yhteydet taustatekijöihin iäkkäillä ihmisillä. *Gerontologia* 1993; 7: 257–270.

Kuikka P, Suutama T, Tolvanen A. Masentuneisuuden ja taustatekijöiden suhde muistiarvioihin iäkkäillä. *Psykologia* 1994; 29: 104–112.

Luria A. *The working brain. An introduction to neuropsychology*. Harmondsworth: Penguin Books, 1973.

Luria A. *Higher cortical functions in man*. Second revised edition. New York: Basic Books, 1980.

Ruoppila I, Suutama T. Psykkinen toimintakyky. Julkaisussa: Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, ym., toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, Osa I. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1, 1990: 83–110.

Ruoppila I, Suutama T. Cognitive functioning of 75- and 80-year-old people and changes during a 5-year follow-up. Julkaisussa: Heikkinen E, Heikkinen R-L, Ruoppila I, eds. *Functional capacity and health of elderly people – the Evergreen project*. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1997a; (Suppl. 53): 44–65.

Ruoppila I, Suutama T. Cognitive functioning of 75-year-old people in relation to mood, self-rated health and metamemory: A study in three Nordic localities. Julkaisussa: Heikkinen E, Berg S, Schroll M, Steen B, Viidik A, eds. *Functional status, health and aging: The NORA Study*. Paris: Serdi; Facts, Research and Intervention in Geriatrics 1997b: 79–92.

Ruoppila I, Marcellini F, Mollenkopf H, ym. The MOBILATE® Cohort Study 1995–2000: Enhancing outdoor mobility in later life. The differences between persons aged 55–59 years and 75–79 years in 1995 and 2000. Heidelberg: German Centre for Research on Ageing, DZFA Research Reports 17, 2003.

Salthouse T. Cognitive and information-processing perspectives on aging. Julkaisussa: Nordhus I, VandenBos G, Berg S, Fromholt P, eds. Clinical geropsychology. Washington, DC: American Psychological Association, 1998: 49–59.

Salthouse T. Theories of cognition. Julkaisussa: Bengtson V, Schaie K, eds. Handbook of theories of aging. New York: Springer, 1999: 196–208.

Schaie K. Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study. New York: Cambridge University Press, 1996.

Schaie K. Developmental influences on adult intelligence. The Seattle Longitudinal Study. Oxford: Oxford University Press, 2005.

Schaie K, Willis S, Pennak S. A historical framework for cohort differences in intelligence. Research in Human Development 2005; 2: 43–67.

Suutama T. Kognitiiviset toiminnot. Julkaisussa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H, Suutama T, toim. Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 2004: 76–108.

Suutama T, Ruoppila I. Tiedonkäsitelytoiminnot 65–69-vuotiailla henkilöillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiversailu-tutkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 115–130.

Uhlenberg P. Life course and aging: A cohort perspective. Julkaisussa: Binstock RH, George LK, eds. Handbook of aging and the social sciences. Fourth edition. San Diego, CA: Academic Press, 1996: 208–228.

Weinert F. Developmental variations of memory performance and memory-related knowledge across life-span. Julkaisussa: Sørensen A, Weinert F, Sherrod L, eds. Human development and the life course: multidisciplinary perspectives. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986: 535–554.

Zelinski E, Burnight K. Sixteen-year longitudinal and time lag changes in memory and cognition in older adults. Psychology and Aging 1997; 12: 503–513.

Zelinski E, Gilewski M, Thompson L. Do laboratory tests relate to self-assessment of memory ability in the young and old? Julkaisussa: Poon L, Fozard J, Cermak L, ym., eds. New directions in memory and aging. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1980: 519–544.



*Virpi Uotinen ja Isto Ruoppila*

**IKÄIDENTIFIKAATIO 65–69-VUOTIAILLA  
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ VUOSINA 1988, 1996 JA 2004**

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	175
SAMMANDRAG .....	176
ABSTRACT .....	177
1 JOHDANTO .....	178
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	179
3 TULOKSET .....	179
4 POHDINTA .....	182
KIRJALLISUUS .....	184

## Tiivistelmä

Uotinen V, Ruoppila I. **Ikäidentifikaatio 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.** Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 173–185.

Jyväskylässä osana Ikivihreät-projektia toteutetussa haastattelututkimuksessa vertailtiin kolmen, vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneen kohortin ikäidentifikaatiota kuvaavia vastauksia. Haastatteluihin osallistui kohorteittain 81 % ( $n = 362$ ), 80 % ( $n = 320$ ) ja 73 % ( $n = 292$ ) tavoitettavissa olleista henkilöistä. Kysymykset käsittelivät koettua ikää ("Minkä ikäiseksi tunnette itsenne?") ja ihanneikää ("Minkä ikäinen haluaisitte olla?"). Koettua ikää ja ihanneikää tarkasteltiin edelleen suhteessa haastateltujen kalenteri-ikään erotusmuuttujien nuorekkuusikä (kalenteri-ikä ja koetun iän erotus) ja disparaatti-ikä (kalenteri-ikä ja ihanneikä erotus) avulla. Lisäksi haastateltavia pyydettiin arvioimaan, oliko ikä jo alkanut painaa heitä. Myöntävästi vastanneilta kysyttiin edelleen, minkä ikäisenä tältä oli alkanut tuntua. Tulokset osoittivat, että kolme tutkittua kohorttia eivät eronneet toisistaan ikäidentifikaatioiltaan. Koetun iän keskiarvo oli kohortti- ja sukupuoliryhmissä 59–61 vuotta. Se oli 5–7 vuotta vähemmän kuin haastateltujen kalenteri-ikä. Naiskohorttien ihanneikien keskiarvot (55–58 vuotta) olivat lähempänä heidän senhetkistä ikäänsä kuin mieskohorttien keskiarvot (48–52 vuotta). Ikä ei ollut vielä alkanut painaa kahta kolmannesta vastanneista. Ne, joita ikä jo painoi, sijoittivat sen alkamisen ajankohdan 56–62 ikävuoteen. Vastanneiden koulutustaustalla ei ollut yhteyttä ikäidentifikaatioon lukuun ottamatta vuonna 1996 haastateltuja naisia, joista koulutetummat kokivat itsensä nuoremmiksi kuin vähemmän koulutetut ikätoverinsa.

**Avainsanat:** ikäidentifikaatio, subjektiivinen ikä, ikääntyvät ihmiset, kohorttivertailututkimus



## Sammandrag

Uotinen V, Ruoppila I. **Åldersidentifikation hos 65–69-åriga Jyväskyläbor 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 173–185.

Som en del av Evergreen-projektet i Jyväskylä genomfördes en intervjuundersökning där man jämförde svar beträffande åldersidentifikation hos tre kohorter födda åren 1919–1923, 1927–1931 och 1935–1939. I intervjun deltog 81 % (n = 362), 80 % (n = 320) och 73 % (n = 292) av de personer som man kunde ha fått kontakt med. Frågorna rörde den subjektiva åldern ("Hur gammal anser Ni Er vara?") och den ideala åldern ("Hur gammal skulle Ni vilja vara?"). Subjektiv ålder och ideal ålder betraktades vidare i förhållande till de intervjuades kronologiska ålder med hjälp av differensvariablerna ungdomlighetsålder (differens mellan kronologisk ålder och subjektiv ålder) och disparatålder (differens mellan kronologisk ålder och ideal ålder). Därtill hade de intervjuade ombetts att uppskatta om de hade börjat känna åren tynga. De som hade svarat jakande hade vidare frågats i vilken ålder de hade börjat känna av sin ålder. Resultaten gav vid handen att de tre undersökta kohorterna inte kunde skiljas åt på grund av åldersidentifikation. Den subjektiva åldern var i medeltal 59–61 år i kohorterna och bland både män och kvinnor. Detta var 5–7 år mindre än de intervjuades kronologiska ålder. I kvinnokohorterna låg den ideala ålderns medeltal (55–58 år) närmare kvinnornas verkliga ålder än hos männen (48–52 år). Två tredjedelar av de undersökta hade inte börjat känna sig gamla ännu. De som redan kände sig gamla ansåg att de hade börjat känna sig så vid 56–62 års ålder. Utbildningen hade inget samband med åldersidentifikationen, med undantag för de kvinnor som intervjuades 1996. Av dem kände sig de som hade högre utbildning yngre än de som hade lägre utbildning.

**Nyckelord:** åldersidentifikation, subjektiv ålder, åldrande människor, kohortundersökning

## Abstract

Uotinen V, Ruoppila I. **Age identification in 1988, 1996 and 2004 among 65–69-year-old residents of Jyväskylä.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 173–185.

This study examined subjective age perceptions among three cohorts born in 1919–1923, 1927–1931 and 1935–1939. Respondents were 65–69-year-old men and women living in Jyväskylä in 1988 ( $n = 362$ ), 1996 ( $n = 320$ ) and 2004 ( $n = 292$ ). The survey data was gathered as part of the Evergreen project. The age concepts used to indicate subjective age were feel age ("How old do you feel?") and ideal age ("How old would you like to be?") and their relationship with the respondents' chronological age (discrepancy age and disparity age, Barak 1987). Respondents were also asked whether they felt age weighing on them, and if they agreed, they were asked to specify that in years. The results indicated that the three cohorts under comparison did not differ from each other in terms of their subjective age perceptions. The mean felt age in men and women was 5–7 years less than their chronological or calendar age. Differences based on gender in terms of ideal age were found in the three cohorts. Ideal age of women was closer to their chronological age (mean discrepancy 9–11 years) than that of men (mean 15–18 years). Educational status was not related to subjective age perceptions with the exception of the women cohort interviewed in 1996. Two thirds of the participants did not yet feel age weighing on them.

**Key words:** age identification, subjective age, older people, cohort comparison study

## 1 JOHDANTO

Ikäkokemuksen tutkiminen subjektiivisen iän avulla perustuu siihen oletukseen, että ikä on moniulotteinen käsite. Laslettin (1989; Tikka 1991 ja 1994) esittämän jaottelun mukaan iästä voidaan erottaa ainakin kronologinen ikä eli kalenteri-ikä, biologinen ikä ja sosiaalinen ikä. Kronologisella iällä kuvataan yksilön elinaikaa ja tavallisimmin iästä puhuttaessa tarkoitetaan juuri tätä iän ulottuvuutta. Biologinen ikä heijastaa puolestaan fyysistä ikääntymistä ja kehon toimintoja suhteessa aikaan. Sosiaalisella iällä kuvataan yksilön ikää suhteessa sosiaaliseen ympäristöön. Ikäroolit ja normit tulevat erityisen näkyviksi juuri sosiaalisen iän kautta. Koska ikään ja elämänvaiheen siirtymiin liittyvät kulttuuriset odotukset määrittävät minuuden tuottamista, niiden voi ajatella muodostuvan aina hieman erilaisista rakennusaineksista kussakin ikäkohortissa. Edellisten lisäksi Laslett (1989; Tikka 1991 ja 1994) erottelee iästä myös persoonallisen ja subjektiivisen ulottuvuuden. Persoonallisessa iässä heijastuvat yksilön henkilökohtaiset tavoitteet ja odotukset suhteessa elämäntulkkuun ja sen eri vaiheisiin. Subjektiivisella iällä Laslett puolestaan viittaa yksilön minäkokemukseen, joka ei välttämättä ole suhteessa kronologisesti etenevään aikaan – esimerkiksi iättömyyden kokemus voi sisältyä subjektiiviseen ikään. Subjektiivista ikää on tutkittu 1960-luvulta lähtien. Käsite on määritelty tavallisesti yksilön ikää koskevaksi itsearvioksi.

Toistuva havainto on, että erilaiset terveyttä kuvaavat tekijät selittävät suurimman osan subjektiivisen iän vaihtelusta erityisesti, kun on kyse iäkkäistä henkilöistä (Barak 1987; Staats ym. 1993; Kaufman ja Elder 2002; Barrett 2003; Westerhof ja Barrett 2005). Kulttuurissamme vanheneminen merkityksellistyy paljolti fyysisenä heikkenemisenä ja usein vasta olennaiset muutokset terveydessä pakottavat yksilön arvioimaan uudelleen ikäkokemustaan (Furstenberg 1989; Sherman 1994; Hurd 1999 ja 2000; Helin 2000; Braman 2003). Koulutustaustalla on osoitettu olevan yhteys subjektiiviseen ikään: pidemmälle koulutetut kuvaavat itseään nuorekkaammiksi kuin vähemmän koulutetut (Bultena ja Powers 1978; Bastida 1987; Markides ja Ray 1988; Stephens 1991). Tätä havaintoa puoltaa esimerkiksi se, että pitkän koulutusuran valinneet ihmiset perustavat perheen verrattain myöhään, ts. siirtävät roolin myöhempään ikävaiheeseen. Koulutuksen ja ikäidentifikaation yhteyttä ei kuitenkaan ole voitu osoittaa kaikissa tutkimuksissa (Hubley ja Hultsch 1994; Henderson ym. 1995). Verrattaessa eri ikäkohortteja toisiinsa subjektiivisen iän suhteen on kuitenkin perusteltua huomioida koulutuksen vaikutus potentiaalisena eroja selittävänä tekijänä.

Ikäidentifikaatio heijastaa kulttuurille ja sosiohistorialliselle ajalle ominaisia arvoja, normeja ja odotuksia ja on siten sidoksissa aikaan ja paikkaan. Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata kolmeen eri syntymäkohorttiin kuuluvien naisten ja miesten subjektiivista ikää. Erityisesti kiinnostuksen kohteena ovat näiden kolmen kohortin väliset erot ja yhtäläisyydet. Subjektiivisen iän arviointi perustuu strukturoituihin kysymyksiin, joilla vastaajia pyydettiin luonnehtimaan ikäkokemustaan.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineistot kerättiin kolmessa vaiheessa vuosina 1988, 1996 ja 2004. Tutkitavat olivat 65–69-vuotiaita jyvaskyläläisiä naisia ja miehiä. Kolmen vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneen kohortin tuloksia kuvataan sukupuolittain. Aineistot, niiden edustavuustarkastelut sekä katoanalyysi on kuvattu yksityiskohtaisesti omassa artikkelissaan tämän julkaisun alussa (Kauppinen ja Salo).

Kaikkiaan haastattelututkimukseen osallistui 362 henkilöä vuonna 1988. Vuonna 1996 mukana oli 320 henkilöä ja vuonna 2004 yhteensä 292 henkilöä. Vastausprosentit olivat melko suuret (81 %, 80 % ja 73 %). Kolmen syntymäkohortin koulutusjakaumat on kuvattu Raution ja Lampisen artikkelissa tässä raportissa.

Ikäidentifikaatiota tutkittiin strukturoiduilla kysymyksillä (liite 1, kysymykset 122–133). Koettua ikää selvitettiin kysymyksellä ”Minkä ikäiseksi koette itsenne?” (Barak 1987) ja ihanneikää kysymyksellä ”Minkä ikäinen haluaisitte mieluiten olla?” (Barak ym. 1988). Vastausta pyydettiin viiden vuoden tarkkuudella. Vastausten perusteella muodostettiin kaksi uutta muuttujaa, joilla kuvattiin ikäkokemuksen suhdetta vastaajan kronologiseen eli kalenteri-ikään (Barnes-Farrell ja Piotrowski 1989; Hubley ja Hultsch 1994). Kronologisen iän ja koetun iän erotusta kuvattiin nuorekkuusiän käsitteellä (*Youth age*, Barak 1987) ja kronologisen ja ihanneiän erotusta disparaatti-ikä (Disparity age, Barak 1987). Vanhuudentuntoa arvioitiin kysymyksellä ”Onko ikä alkanut painaa teitä?”. Jos vastaus oli myönteinen, haastateltavaa pyydettiin kuvaamaan, minkä ikäisenä tältä oli alkanut tuntua. Arviota yleisestä vanhuuden alkamisestä selvitettiin kysymyksellä ”Minkä ikäisenä vanhuus alkaa keskimäärin?”.

## 3 TULOKSET

Mies- ja naiskohorttien ikäidentifikaatiota kuvaavien muuttujien vertailu ei osoittanut ryhmien välisiä eroja (taulukko 1). Myös muuttujien keskihajonnat olivat pääosin hyvin samankaltaisia eri kohorteissa. Poikkeuksen muodosti vanhuuden alkamisikää koskeva arvio, joka oli hiukan korkeampi vuonna 2004 haastateltuun kohorttiin kuuluvilla naisilla. He olivat arvioineet vanhuuden alkavan keskimäärin 72-vuotiaana, kun vastaava arvio oli vuonna 1988 haastatelluilla naisilla 70 vuotta ja vuonna 1996 haastatelluilla 68 vuotta. Lisäksi myöhäisimpään kohorttiin kuuluneiden naisten arvio ajankohdasta, jolloin ikä oli alkanut painaa heitä, oli alhaisempi kuin kahdella varhaisemmalla naiskohortilla.



Kohorttien välillä ei esiintynyt eroja koetun iän suhteen, mutta kaikissa kolmessa kohortissa sukupuolten ihanneikä poikkesivat toisistaan. Naisten ihanneikä oli poikkeuksetta korkeampi kuin miesten. Naiskohorttien ihanneikän keskiarvo vaihteli välillä 55–58 vuotta, miesten keskiarvo taas sijoittui välille 48–52 vuotta. Vastaavasti kalenteri-iän ja ihanneikän välistä suhdetta kuvanneen disparaatti-iän keskiarvo oli naiskohorteissa (9–11 vuotta) miehiä (15–18 vuotta) merkittävästi pienempi.

Noin kolmannes haastatelluista oli vastannut myöntävästi kysymykseen ”Onko ikä alkanut painaa teitä?”. Taulukossa 1 on kuvattu kohorteittain heidän arvionsa siitä, milloin tältä oli alkanut tuntua. Mieskohorteissa ikä oli alkanut painaa 58–60 vuoden iässä ja naisilla keskimäärin 56–62 vuoden iässä. Tilastollisia eroja mieskohorttien välillä ei esiintynyt, mutta naiskohorteista vuonna 2004 haasteltujen arvio oli lähes kuusi vuotta alhaisempi kuin kahdella aiemmin syntyneellä kohortilla. Miesten vertailu kohorteittain ja koulutusryhmittäin ei tuonut esille eroja koetussa eikä ihanneikässä (taulukko 2). Naiskohorteista vuonna 1996 haastateltujen ryhmässä koulutetummat kokivat olevansa vähemmän koulutettuja nuorekkaampia ( $p = 0,004$ ).

**Taulukko 2.** Koettu ikä ja ihanneikä 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla (keskiarvo ja hajonta) kahdessa koulutusryhmässä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Muuttuja	Kansakoulu tai jatkokoulu			Keskikoulu tai ylioppilas		
	1988	1996	2004	1988	1996	2004
<b>Miehet</b>	(n = 109–110)	(n = 105–106)	(n = 81)	(n = 23–24)	(n = 23)	(n = 33)
Koettu ikä						
Keskiarvo	59,7	60,0	60,3	59,6	56,7	59,2
Keskihajonta	8,4	7,8	7,0	12,1	9,4	9,2
Ihanneikä						
Keskiarvo	48,1	48,3	50,3	53,9	47,6	54,7
Keskihajonta	17,7	18,9	18,3	17,3	18,3	16,9
<b>Naiset</b>	(n = 170–182)	(n = 128)	(n = 111–113)	(n = 24–27)	(n = 53–54)	(n = 56–58)
Koettu ikä						
Keskiarvo	59,8	60,9	60,3	59,1	56,0	62,0
Keskihajonta	10,8	8,8	7,0	11,7	13,0	6,7
Ihanneikä						
Keskiarvo	55,6	56,5	57,2	55,0	59,8	58,8
Keskihajonta	16,4	14,1	18,3	14,2	13,1	12,1

#### 4 POHDINTA

Eri ikäkohortit eivät eronneet koetululta iältään, joka kaikissa kohorteissa sekä miehillä että naisilla sijoittui 60 ikävuoden tuntumaan eli hieman alemmaksi kuin heidän kalenteri-ikänsä. Sukupuoltenkaan välillä ei havaittu eroavaisuuksia koetussa iässä eri syntymäkohortteja vertailtaessa. Tässä suomalaisaineistossa koettu ikä oli lähempänä todellista ikää kuin amerikkalaisissa tutkimuksissa (Barak 1987; Hubley ja Hultsch 1994).

Myös jyväskyläläisten ihanneikä oli lähempänä heidän todellista ikäänsä. Kohortit eivät eronneet toisistaan, sukupuolet kylläkin. Miehillä ihanneikä keskiarvo vaihteli 48–52 vuoden välillä ja naisilla 56–58 vuoden välillä. Kaikissa kohorteissa naisten ihanneikä oli korkeampi kuin miesten. Vastaava ero näkyi disparaatti-iässä, jolla kuvataan ihanneikä suhdetta kalenteri-ikään. Amerikkalaisissa aineistoissa miesten ja naisten ihanneikä eivät tyypillisesti ole eronneet toisistaan (Barak ym. 1988; Hubley ja Hultsch 1994). Aikaisemmatkin suomalaistutkimukset ovat osoittaneet miesten ihanneikä matalammaksi kuin naisten (Uotinen 1998; Uotinen ja Ruoppila 1999). Barak (1987) on tulkinut, että ihanneikä ja kalenteri-ikä läheinen yhteys kuvastaa myönteistä suhtautumista omaan ikään ja vanhenemiseen. Havaintojen perusteella jyväskyläläisnaiset hyväksyvät ikänsä vastaavanikäisiä miehiä useammin.

Mikä voisi selittää sen, että 65–69-vuotiaiden naiskohorttien ihanneikä ovat mieskohortteja korkeampia? Eron säilyminen on merkittävää, koska tutkitut kohortit edustivat niinkin erilaisia syntymäkaluokkia kuin 1919–1923 ja 1935–1939. On oletettavaa, että eri syntymäkohorttien elämäntietä on käynyt läpi erilaisia historiallisia vaiheita. Tässä katsannossa sukupuolieron esiintyminen kaikissa kolmessa kohortissa on yllättävää. Suomessa naiset ovat perinteisesti jo pitkään osallistuneet kokopäivätyöhön ja samalla hoitaneet kotitaskareet. Naisten ihanneikä näyttäisikin ajoittuvan vaiheeseen, jossa lapset ovat aikuistuneet ja muuttaneet pois syntymäkodistaan. Ainakin hoivatyötaakan voisi olettaa olennaisesti keventyneen tässä kohden elämäntietä. Tähän elämäntietä voi monilla liittyä itsenäisen ajankäytön ja omien elämäntavoitteiden painottamisen mahdollisuus, joka koetaan niin tärkeäksi, että ajankohta saa ihanneikä merkityksen (Timmer ym. 2003; ks. myös Uotinen 1998 ja 2005; Uotinen ja Ruoppila 1999).

Kysymykseen, milloin ikä oli alkanut painaa, mieskohortit vastasivat hyvin samankaltaisesti. Vanhuuden alkamisikä sijoittui miehillä kohortista riippumatta oman kalenteri-ikä (65–69 vuotta) alueelle. Miehiin verrattuna naiset olivat sijoittaneet vanhuuden alkamisen hieman myöhempään ajankohtaan kahdessa kohortissa. Nuorin naiskohortti erosi kahdesta muusta sijoittamalla yleisen vanhuuden alkamisen myöhäisemmäksi kuin muut. Toisaalta, he olivat kuvanneet iän alkaneen painaa omakohtaisesti aiemmin kuin kaksi muuta kohorttia. Tässä suhteessa naiskohorttien vastaukset näyttäisivät olevan jossain määrin ristiriidassa keskenään. Vastausten välinen ero on yllättävä myös siksi, että yksilön ikäkokemuksen taustalla vaikuttavista tekijöistä ainakin koettu terveys näyt-

täisi yleisesti parantuneen nuorempiin kohortteihin tultaessa. Eräs mahdollinen selittäjä on näiden kahden kysymyksen erilainen vastauslogiikka. On myös huomattava, että jälkimmäiseen kysymykseen myöntävästi vastanneet edustivat vain osaa kaikista haastelluista.

Eri kohortit erosivat koulutustasoltaan: vuonna 2004 tutkittu kohortti oli koulutetuin. Naiset olivat koulutetumpia kuin miehet vuosina 1996 ja 2004 tutkituissa kohorteissa. Koulutusero heijastui koetun iän ja ihanneiän arviointeihin vain vuonna 1996 tutkituilla naisilla, joista koulutetummat kokivat itsensä nuoremmiksi kuin vähemmän koulutetut. Ero on samansuuntainen kuin aiemmassa amerikkalaisessa aineistossa (Barak ja Stern 1986). Tämän selityksenä on pidetty sitä, että koulutettujen ja kouluttamattomien ikäsiirtymät sijoittuvat elämänkulkuun eri tavoin: koulutetut perustavat perheen ja siirtyvät työelämään myöhemmin kuin kouluttamattomat.

Paitsi eri kohortit myös eri sukupuolet vastasivat samalla tavalla. Sukupuolten ero ihanneikäarviointeissa toistui samansuuruisena kaikissa kolmessa aineistossa. Tämä ero on todettu muissakin suomalaisaineistoissa, joten sitä voidaan pitää jo luotettavana havaintona. Se haastaa kuitenkin tulkintoihin, koska kyse on kulttuurisidonnaisesta tuloksesta.

Ikäidentifikaatiota tutkittaessa on yleensä käytetty yksittäisiä kysymyksiä. Tätä voi arvostella, koska niihin sisältyy aina suurempi mittausvirhe kuin usean kysymyksen sisältävään asteikkoon. Tähän asti tämä on ollut kuitenkin käytäntö haastattelu- ja kyselylomaketutkimuksissa. Yksittäisten kysymysten käytön etuna on se, että vastausten kato jää yleensä vähäiseksi. Tässäkin tutkimuksessa vastausprosentti koettua ja ihanneikää koskeviin kysymyksiin oli korkea (73–80 %).

Ikäkokemusten olisi voinut odottaa muuttuneen jo siitä syystä, että Suomessa sekä miesten että naisten elinikä on suuresti noussut siirryttäessä 1919–1923 syntyneistä 1935–1939 syntyneisiin. Samoin on pidentynyt toimintakykyisten ikävuosien määrä (Sihvonen ym. 2003). Ovatko nyt tutkitut kohortit ajallisesti liian lähellä toisiaan, jotta niiden kulttuurisissa ajattelutavoissa voitaisiin osoittaa eroja? Tulosten toistuvuus kohorttien välillä voisi viitata tähän. Jos ajatellaan, että elämänkulun jälkipuoliskoa koskevat kulttuuriset merkitykset muuttuvat suhteellisen hitaasti, tarvitaan syntymäkohorttien ajattelutapojen erojen osoittamiseen mahdollisesti vieläkin pidemmän aikavälin kattavaa vertailua eri kohorttien välillä. Jatkotutkimuksissa olisi perusteltua ainakin kytkeä eri syntymäkohorttien ikäidentifikaation piirteiden analyysi ja yhteiskunnallisten ja kulttuuristen ikäajattelussa tapahtuneiden muutosten tarkastelu kiinteästi toisiinsa.



## KIRJALLISUUS

Barak B. Cognitive age: A new multidimensional approach to measuring age identity. *International Journal of Aging and Human Development* 1987; 25: 109–128.

Barak B, Stern B. Subjective age correlates: A research note. *Gerontologist* 1986; 26: 571–577.

Barak B, Stern B, Gould S. Ideal age concepts: An exploration. *Advances in Consumer Research* 1988; 15: 146–152.

Barnes-Farrell J, Piotrowski M. Workers' perceptions of discrepancies between chronological age and personal age: You're only as old as you feel. *Psychology and Aging* 1989; 4: 376–377.

Barrett A. Socioeconomic status and age identity: The role of dimensions of health in the subjective construction of age. *Journals of Gerontology Series B: Psychology and Social Sciences* 2003; 58B: S101–S109.

Bastida E. Sex-typed age norms among older Hispanics. *Gerontologist* 1987; 27: 59–65.

Braman A. You are only as old as you feel: But how do you decide how old you feel? Unpublished dissertation, Department of Psychology, Washington University, 2003.

Bultena G, Powers E. Denial of aging: Age identification and reference group orientations. *Journal of Gerontology* 1978; 33: 748–754.

Furstenberg A-L. Older people's age self-concept. *Social Casework* 1989; 70: 268–275.

Helin S. Läkäreiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Studies in Sport, Education and Health 71, 2000.

Henderson K, Goldsmith R, Flynn L. Demographic characteristics of subjective age. *The Journal of Social Psychology* 1995; 135: 447–457.

Hubley A, Hultsch D. The relationship of personality trait variables to subjective age identity in older adults. *Research on Aging* 1994; 16: 415–439.

Hurd L. "We're not old!": Older women's negotiation of aging and oldness. *Journal of Aging Studies* 1999; 13: 419–439.

Hurd L. Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women and Aging* 2000; 12: 77–97.

Kaufman G, Elder G. Revisiting age identity. *Journal of Aging Studies* 2002; 16: 169–176.

Laslett P. A fresh map of life. The emergence of the third age. London: Weidenfeld and Nicolson, 1989.

Markides K, Ray L. Change in subjective age among the elderly: An eight-year longitudinal study. *Comprehensive Gerontology Bulletin* 1988; 2: 11–15.

Sherman S. Changes in age identity. Self perceptions in middle and late life. *Journal of Aging Studies* 1994; 8: 397–412.

Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P, Aromaa A. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2003: 48–59.

Staats S, Heaphey K, Miller D, Partlo C, Romine N, Stubbs K. Subjective age and health perceptions of older persons: Maintaining the youthful bias in sickness and in health. *International Journal of Aging and Human Development* 1993; 37: 191–203.

Stephens N. Cognitive age: A useful concept for advertising? *Journal of Advertising* 1991; 20: 37–48.

Tikka M. Pohdintoja kolmannesta iästä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen työpapereita 67, 1991.

Tikka M. Kalenteri-ikästä omaelämäkerralliseen ikään. Julkaisussa: Uutela A, Ruth J-E, toim. *Muuttuva vanhuus*. Tampere: Gaudeamus, 1994: 81–101.

Timmer E, Bode C, Dittmann-Kohli F. Expectations of gains in the second half of life: a study of personal conceptions of enrichment in a lifespan perspective. *Aging and Society* 2003; 23: 3–24.

Uotinen V. Age identification: A comparison between Finnish and North-American cultures. *International Journal of Aging and Human Development* 1998; 46: 109–124.

Uotinen V. I'm as old as I feel. Subjective age in Finnish adults. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 276, 2005.

Uotinen V, Ruoppila I. Ikäidentifikaatio 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. *Kohorttierot 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999: 131–145.

Westerhof G, Barrett A. Age identity and subjective well-being: A comparison of the United States and Germany. *Journals of Gerontology: Social Sciences* 2005; 60B: S129–S136.



*Timo Suutama*

***ELÄMÄN TARKOITUKSELLISUUS 65–69-VUOTIAILLA  
JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ VUOSINA 1988, 1996 JA 2004***

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ .....	189
SAMMANDRAG .....	190
ABSTRACT .....	191
1 JOHDANTO .....	192
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT .....	193
3 TULOKSET .....	194
4 POHDINTA .....	200
KIRJALLISUUS .....	203

## Tiivistelmä

Suutama T. **Elämän tarkoituksellisuus 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004.**

Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, toim. Ovatko 65–69-vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempia? Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 83, 2006: 187–205.

Elämän tarkoituksellisuuden kokemista tarkasteltiin kolmessa 65–69-vuotiaiden jyvaskyläläisten kohortissa. Varhimminkin syntynyt kohortti (n = 362) tutkittiin vuonna 1988, seuraava (n = 320) vuonna 1996 ja myöhäisin (n = 292) vuonna 2004. Haastatteluissa kysyttiin mm. koettua elämän tarkoituksellisuutta ja sen syytä, elämän voimanlähteitä, muutosta elämänhalussa sekä kuoleman merkitystä. Lisäksi tutkittavat täyttivät koherenssin eli elämän johdonmukaisuuden tunnetta arvioivan kyselyn. Yleensä elämä koettiin tarkoitukselliseksi, ja kokemus yleistyi siirryttäessä ensimmäisestä toiseen ja edelleen viimeiseen kohorttiin. Tarkoituksellisuuden syynä mainittiin useimmin läheiset ihmiset, joiden merkitys korostui siirryttäessä ensimmäisestä myöhempimpiin kohortteihin. Naisilla korostuivat lisäksi elämään liittyvät asiat ja miehillä erilainen toiminta. Läheiset ihmiset mainittiin useimmin myös elämän voimanlähteenä. Elämänhalu oli yleensä säilynyt, ja kohorttien väliset erot olivat pieniä. Kuolema merkitsi useimmiten välttämätöntä, luonnollista asiaa. Koherenssin tunteessa ei ollut kohorttien välisiä eroja, mutta miehillä tunne oli hieman vahvempi kuin naisilla.

**Avainsanat:** elämän tarkoituksellisuus, koherenssin tunne, kohorttivertailututkimus, ikääntyvät ihmiset

## Sammandrag

Suutama T. **Livets mening hos 65–69-åriga Jyväskyläläbör 1988, 1996 och 2004.** Ingår i Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, red. *Är 65–69-åringarna friskare och aktivare än förr och är deras funktionsförmåga bättre? Observationer från kohortundersökningarna inom Evergreen-projektet 1988, 1996 och 2004.* Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 83, 2006: 187–205.

Tankar om livets mening undersöktes inom tre kohorter av 65–69-åriga Jyväskyläläbör. Den första kohorten ( $n = 362$ ) undersöktes 1988, den följande ( $n = 320$ ) 1996 och den sista ( $n = 292$ ) 2004. I intervjun ställde man frågor bl.a. beträffande upplevelsen av livets meningsfullhet och grunden för detta, kraftkällor i livet, förändringar i livslusten samt dödens betydelse. Därtill besvarade de undersökta ett frågeformulär om känslan av koherens, dvs. sammanhang i livet. I allmänhet upplevde de undersökta att livet är meningsfullt, och denna upplevelse förekom mera allmänt i de senare kohorterna. Orsaken till meningsfullhet var oftast närstående människor, vilkas betydelse blev mera framträdande i de senare kohorterna. Bland kvinnorna betonades även saker med anknytning till själva livet och bland männen olika slags aktiviteter. Närstående nämndes oftast även som en kraftkälla. Livslusten hade i regel bibehållits och skillnaderna mellan kohorterna var små. Döden betydde för det mesta en oundviklig, naturlig sak. När det gällde känslan av koherens fanns det inga skillnader mellan kohorterna, men hos männen var känslan lite starkare än hos kvinnorna.

**Nyckelord:** livets meningsfullhet, känsla av koherens, kohortundersökning, åldrande människor

## Abstract

Suutama T. **Meaning in life among 65–69-year-old residents of Jyväskylä in 1988, 1996 and 2004.** In: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004. Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006: 187–205.

Self-perceived meaning in life was investigated in three cohorts of 65–69-year-old persons living in Jyväskylä. The first cohort ( $n = 362$ ) was studied in 1988, the second ( $n = 320$ ) in 1996 and the last one ( $n = 292$ ) in 2004. The interview questions focused on such questions as the degree of perceived meaning in life and the reasons for it, sources of strength for living, changes in one's zest for life, and the meaning of death. The participants also filled in a questionnaire on sense of coherence. Most subjects found their life meaningful, and this experience became increasingly common from the earliest cohorts to the later ones. The most common source of meaningfulness were human relationships, whose role was most prominent in the later cohorts. Women also found meaning in life itself and men in various types of activity. Close persons were the most important source of strength for living as well. Most subjects had retained their zest for life, and the differences between the cohorts were small. In all cohorts, death was most commonly perceived as an unavoidable, natural thing. There were no differences between the cohorts in sense of coherence, but it was somewhat stronger in men than in women.

**Key words:** meaning in life, sense of coherence, cohort comparison study, older persons



## 1 JOHDANTO

”Ihminen voi ensinnäkin antaa olemassaololleen tarkoituksen tekemällä, toimitamalla tai luomalla jotakin; hän ryhtyy työhön ja toimeen. Toiseksi hän voi löytää tarkoituksen elämyksistä, joita saa luonnosta, taiteesta tai toisen ihmisen rakastamisesta. Kolmanneksi, silloinkin, kun ei ole mahdollisuuksia kumpaankaan edelliseen, ihminen voi löytää elämälleen arvon ja tarkoituksen siinä tavassa, jolla hän asennoituu rajallisine mahdollisuuksineen muuttumattomaan, kohtalonomaiseen ja väistämättömään.” (Frankl 1997, 99.)

Yksilön kokemaa elämän tarkoituksellisuutta voidaan pitää yhtenä keskeisenä asiana tarkasteltaessa hänen terveyttään, psyykkistä hyvinvointiaan ja tyytyväisyyttään elämään (Zika ja Chamberlain 1992; Debats ym. 1995; Ryff ym. 2001; Krause ja Shaw 2003). Tarkoituksellisuuden kokemista ja sen merkitystä hyvinvoinnin kannalta on pohtinut erityisesti itävaltalainen Viktor Frankl (1978, 1982 ja 1997), joka on kehittänyt logoterapiaksi nimeämänsä psykoterapian muodon. Franklin ajatuksiin vaikuttivat paljon hänen omat keskityisleirikokemuksensa. Hänen mukaansa elämän tarkoituksen etsiminen on ihmiselle tärkeä psyykkinen motiivi ja sen löytäminen osa psyykkisen hyvinvoinnin perustaa. Tämä motiivi tai tarve ei ole riippuvainen muiden, esimerkiksi fyysisten tarpeiden tyydyttämisestä päinvastoin kuin vaikkapa Maslow’n (1953) tarvehierarkiasa. Yllä olevan lainauksen mukaisesti yksilö voi löytää elämälleen tarkoituksen hyvinkin eri tavoin ja erilaisista asioista. Tarkoituksen lähteet voivat myös muuttua elämäntilanteiden mukana.

Elämän tarkoituksellisuuden pohtimista on kuvattu elämänkulun aikana voimistuvana (Battista ja Almond 1973) ja erityisesti vanhuuteen liittyvänä (Jung 1981 ja 1991; Erikson ym. 1986; Erikson 1994; Tornstam 1994) ilmiönä. Vanhuudessa elämän tarkoituksellisuuden pohtiminen on läheisesti yhteydessä kuoleman merkityksen pohtimiseen, ja sen löytäminen on yhteydessä kuolemanpelon voittamiseen. Vanhenemisen myötä kuolema nähdään usein luonnollisempana ja vähemmän pelottavana asiana kuin nuoremmalla iällä. Vanhojenkaan ihmisten käsitys kuolemasta ei kuitenkaan aina ole muuttumaton, sillä tunteet sitä kohtaan voivat säilyä ristiriitaisina vaihdellen torjunnasta pelkoon ja hyväksymiseen (Ruth 1985).

Tarkoituksellisuuden kokemuksen on todettu olevan yhteydessä elämän ja tilanteiden hallinnan tunteeseen (Lazarus ja DeLongis 1983; Antonovsky 1987; Krause ja Shaw 2003). Yksilöllisesti määräytyvät tarkoituksellisuuden lähteet vaikuttavat elämänmuutosten käsittelyyn sekä stressin tuntemuksiin ja vaikutuksiin eri elämänvaiheissa. Vaikka tarkoituksellisuuden syyt ovat yksilöllisiä, on myös havaittu eri ihmisten tuovan esiin samoja asioita (ks. Takkinen ja Suutama 1999a ja b). Ihmissuhteet on usein havaittu tärkeimmäksi vaikuttavaksi tekijäksi eri ikävaiheissa. Lisäksi iäkkäillä ihmisillä on korostettu uskonnon ja terveyden merkitystä elämän tarkoituksellisuuden lähteinä. Näitä tarkoituksellisuuden syitä ei kuitenkaan ole tutkittu samassa määrin kuin tarkoitukselli-

suuden kokemusten suuntaa ja voimakkuutta. Sama pätee ainakin iäkkäiden ihmisten kuoleman kokemusten ja merkitysten arviointiin (Cicirelli 2001).

Tarkoituksellisuus on keskeisessä asemassa Antonovskyn (1979 ja 1987) koherenssin tunteen käsitteessä, jolla on ollut laaja-alaista merkitystä ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ja terveyden tarkastelussa. Antonovskyn malli stressin, tilanteiden hallinnan ja terveyden yhteyksistä on salutogeeninen, terveyttä korostava, erotuksena sairauskeskeisistä malleista. Se osoittaa tilanteiden käsittelyn ja sisäisenä voimavaratekijänä nähtävän koherenssin tunteen merkityksen stressitilanteiden positiivisissa seurauksissa. Koherenssin tunne viittaa yksilön kokonaisvaltaiseen suhtautumiseen elämään. Se sisältää kolme ulottuvuutta: kognitiivinen ulottuvuus eli asioiden ja tapahtumien ymmärrettävyys, välineellinen ulottuvuus eli asioiden hallittavuus tai niihin vaikutettavuus sekä tärkeimpänä motivationaalinen ulottuvuus eli elämänilmiöiden tarkoituksellisuus tai mielekkyys. Antonovsky (1987 ja 1993) on kehittänyt koherenssin tunteen arvioimiseksi kyselylomakkeen, joka on käännetty useille kielille.

Elämän tarkoituksellisuuden tunteen arvioimiseksi on kehitetty useita kyselylomaketyyppejä menetelmiä, joiden reliabiliteetti on voitu todentaa, mutta niiden validiteetti on yleensä jäänyt olettamusten varaan (Reker 2005). Asiaa voidaan tutkia myös esimerkiksi erilaisin haastattelukysymyksin, jotka eivät muodosta yhtenäistä asteikkoa, tai vaikkapa elämänviivapiirroksin (esim. Takkinen ja Suutama 2004). Erilaisten menetelmien on havaittu kuvaavan elämän tarkoituksellisuuden kokemusten eri puolia ja täydentävän toisiaan, ja menetelmien yhteiskäyttö on vahvistanut käsityksiä niiden validiteetista (Takkinen 2000).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin elämän tarkoituksellisuuden kokemusta käyttäen erilaisia haastattelukysymyksiä sekä yhtä kyselylomakeasteikkoa. Tavoitteena oli kuvata ja verrata kolmen 65–69-vuotiaista jyvaskyläläisistä muodostetun kohortin kokemuksia elämän tarkoituksellisuudesta kiinnittäen samalla huomiota mahdollisiin miesten ja naisten välisiin eroihin näissä kokemuksissa.

## 2 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Aineistot kerättiin vuosina 1988, 1996 ja 2004 (ks. Kauppinen ja Salon artikkeli tässä julkaisussa). Kaikilla tutkimuskerroilla lähes kaikki tutkittavat (vähintään 98 %) vastasivat elämän tarkoituksellisuutta arvioiviin haastattelukysymyksiin: kysymyksestä riippuen 356–360 vuonna 1988, 317–319 vuonna 1996 ja 287–288 vuonna 2004. Tutkittavien kotona tehdyssä haastattelussa elämän tarkoituksellisuuden kokemisesta esitettiin viisi kysymystä (liite 1, kysymykset 128–132), jotka koskivat senhetkistä koettua elämän tarkoituksellisuutta ja sen syitä, elämän voimanlähteitä, elämänhalun muutosta, elämään tarkoitusta tai sisältöä tuovaa toiminta-aluetta sekä kuoleman koettua merkitystä.

Elämän voimanlähteitä, toiminta-aluetta ja kuoleman merkitystä kysyttiin avoimin kysymyksin mahdollisia vastausvaihtoehtoja antamatta. Ensimmäisellä kerralla vastauksista muodostettu luokitus soveltui sellaisenaan myös myöhempien tutkimuskertojen vastausten kuvailuun lukuun ottamatta tärkeää toiminta-aluetta, jonka kuvailuun tarvittiin viimeisellä kerralla lisäluokkia. Elämän tarkoituksellisuutta ja elämänhalun muutosta pyydettiin arvioimaan viisiluokkaisella asteikolla. Tilastollisessa tarkastelussa  $\chi^2$ -testiä käytettäessä luokkia jouduttiin yhdistelemään liian pienten odotettujen solufrekvenssien välttämiseksi. Elämän tarkoituksellisuus -muuttujassa yhdistettiin luokat tarkoituksellinen ja erittäin tarkoituksellinen sekä luokat tarkoitukseton ja erittäin tarkoitukseton. Vastaavasti yhdistettiin luokat selvästi ja jonkin verran lisääntynyt elämänhalu sekä selvästi ja jonkin verran vähentynyt elämänhalu. Jos tutkittava vastasi elämänsä olevan tarkoituksellista tai tarkoituksetonta, häneltä kysyttiin tarkempia syitä. Ensimmäisellä kerralla saaduista vastauksista muodostettuja luokituksia voitiin käyttää myös tutkimuksen myöhemmissä vaiheissa.

Koherenssin eli elämän johdonmukaisuuden ja hallittavuuden tunnetta arvioitiin vuosina 1996 ja 2004 Antonovskyn (1987 ja 1993) kehittämällä kyselyllä, johon vastasi kummallakin kerralla 97 % tutkittavista. Käytössä oli 13-osioinen lyhyt versio, jolle annettiin nimeksi Tunteita ja tuntemuksia elämästä (liite 5). Kyselyyn vastataan 7-luokkaisella asteikolla, jolloin muodostettavan kokonaissummapistemäärän mahdollinen vaihteluväli on 13–91. Kyselystä voidaan laskea pistemäärät myös kolmelle eri ominaisuudelle: tarkoituksellisuus (4 osiota, vaihteluväli 4–28), ymmärrettävyys (5 osiota, vaihteluväli 5–35) ja vaikutettavuus (4 osiota, vaihteluväli 4–28). Kokonaispistemäärän reliabiliteetti (Cronbachin alfa) oli hyvä vaihdellen sukupuolen ja kohortin mukaan välillä 0,78–0,84. Tarkoituksellisuuden reliabiliteetti vaihteli ryhmittäin välillä 0,49–0,62, ymmärrettävyyden välillä 0,59–0,74 ja vaikutettavuuden välillä 0,47–0,65. Arvot olivat melko matalia, mutta silti riittäviä ryhmäerojen suuntaa antavaan tarkasteluun.

### 3 TULOKSET

Selvä enemmistö kaikista kohorteista koki elämänsä tarkoitukselliseksi (taulukko 1), ja tarkoituksellisuuden kokeminen oli sitä yleisempää, mitä myöhemmästä kohortista oli kyse. Vastaavasti sekä niiden osuus, jotka eivät osanneet kysymykseen vastata, että niiden, jotka kokivat tarkoituksettomuutta, väheni kohortista toiseen. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Läheiset ihmiset olivat tärkein syy elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen (taulukko 2). Ihmissuhteiden merkitys oli suurempi naisille kuin miehille, ja merkitys korostui sitä enemmän, mitä myöhemmästä kohortista oli kyse. Vain vuonna 1996 haastatellut miehet toivat esiin elämään sinänsä liittyvät asiat, kuten elämän arvostus ja eteenpäinmeno, tarkoituksellisuuden syinä useammin kuin läheiset ihmiset. Miehet mainitsivat harrastukset ja työn tärkeinä asioina selvästi useammin kuin naiset. Myös terveys ja toimintakyky ja viimeisessä kohortissa lisäksi psyykinen hyvinvointi olivat suhteellisen merkit-

**Taulukko 1.** Elämän tarkoituksellisuuden kokeminen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Elämän tarkoituksellisuus	Miehet				Naiset				Suku- puoli- erot, p
	1988 (n = 140)	1996 (n = 131)	2004 (n = 118)	p	1988 (n = 220)	1996 (n = 188)	2004 (n = 170)	p	
Elämä tarkoituksellista	63,6	74,8	81,4	<b>0,018</b>	69,5	80,3	87,1	<b>&lt; 0,001</b>	<u>1988</u> 0,497
Vaikea sanoa	24,3	19,1	14,4		20,0	15,4	11,2		<u>1996</u> 0,487
Elämä tarkoituksetonta	12,1	6,1	4,2		10,5	4,3	1,8		<u>2004</u> 0,304 <sup>a</sup>
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		

<sup>a</sup> 33,3 %:ssa soluista odotettu frekvenssi < 5.

Kohorttien ja sukupuolten väliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 2.** Syy koettuun elämän tarkoituksellisuuteen 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Syy koettuun elämän tarkoituksellisuuteen	Miehet			Naiset		
	1988 (n = 89)	1996 (n = 98)	2004 (n = 94)	1988 (n = 153)	1996 (n = 151)	2004 (n = 148)
Läheiset ihmiset	27,0	22,4	44,7	37,3	48,3	59,5
Elämään liittyvät asiat <sup>a</sup>	9,0	31,6	9,6	10,5	21,2	16,2
Harrastukset, työ, toiminta	10,1	9,2	19,1	3,3	0,7	2,0
Terveys ja toimintakyky	9,0	8,2	6,4	5,9	7,3	4,7
Psyykinen hyvinvointi <sup>b</sup>	4,5	4,1	7,4	2,0	2,6	8,1
Uskonto	3,4	2,0	2,1	5,2	3,3	2,0
Taloudellinen ja aineellinen hyvinvointi	1,1	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ulkonaiset henkiset asiat <sup>c</sup>	2,2	2,0	0,0	1,3	0,0	0,0
Ei osaa sanoa	33,7	19,4	10,6	34,6	19,4	7,4
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

<sup>a</sup> Esim. elämä itse, elämän arvostus, elämän eteenpäinmeno.

<sup>b</sup> Esim. itsearvostus, luonne, asenne.

<sup>c</sup> Esim. erilaiset virikkeet, kuten luonto ja musiikki.

täviä tarkoituksellisuutta tuovia asioita. On syytä huomata, että erityisesti varhaisim-massa kohortissa oli yleisesti vaikeuksia vastata kysymykseen. Tarkoituksettomuuden tunnetta ilmaistiin vain vähän, ja sen syiden nimeämisessä oli paljon vaikeuksia, minkä vuoksi niitä ei tässä tarkastella.

Elämänhalun muutoksessa ei ollut merkitseviä eroja kohorttien eikä miesten ja naisten välillä (taulukko 3). Noin 80–90 % haastatelluista koki elämänhalunsa pysyneen sama-na, ja suurin piirtein yhtä suuri osuus (vajaa 10 %) koki sen joko lisääntyneen tai vähen-tyneen.

Merkittävin elämän voimanlähde olivat läheiset ihmiset (taulukko 4). Vuosina 1996 ja 2004 haastatellut mainitsivat sen useammin kuin vuonna 1988 haastatellut ja naiset useammin kuin miehet. Myös uskonnon elämänvoimaa antavana tekijänä naiset mainit-sivat useammin kuin miehet, mutta sen merkitys väheni erityisesti viimeisessä kohortis-sa. Psykkinen hyvinvointikin menetti vastauksissa merkitystään ajan myötä. Sen sijaan terveyden ja toimintakyvyn sekä taloudellisen ja aineellisen hyvinvoinnin merkitykset korostuivat erityisesti myöhäisimmän kohortin maininnoissa.

Kaikissa kohorteissa kuolema merkitsi useimmin välttämätöntä, luonnollista asiaa (tau-lukko 5). Vuosina 1927–1931 syntyneessä kohortissa näin ilmoitti lähes 60 % miehistä, 1935–1939 syntyneessä kohortissa saman verran sekä miehistä että naisista. Muita melko usein mainittuja merkityksiä olivat kaiken loppuminen, erityisesti miehillä, sekä toivo uudesta elämästä ja vapautus kärsimyksistä, erityisesti naisilla. Kuoleamalla oli osalle haastateltavista useampi kuin yksi merkitys, mutta vastaus koodattiin vain ensiksi mai-nitun tai selkeimmin ilmaistun merkityksen perusteella. Lisäksi eri vuosina haastatteli-joiden ja/tai koodaajien välillä saattoi olla vastausten tulkintaeroja, mihin viitannee Jokin muu merkitys -luokan käyttö kahdella ensimmäisellä tutkimuskerralla mutta ei enää viimeisellä. Nämä mahdolliset virhelähteet eivät kuitenkaan olleet niin yleisiä, että niiden puuttuminen muuttaisi tuloksia merkittävästi.

Kahdella ensimmäisellä tutkimuskerralla vähintään puolet (59 % vuonna 1988 ja 51 % vuonna 1996) vastanneista ilmoitti, ettei ollut löytänyt elämään sisältöä ja merkitystä tuovaa toiminta-aluetta eläkkeellä ollessaan. Myöhäisimmässä kohortissa vuonna 2004 näin ilmoitti 33 % naisista ja 39 % miehistä; toiminta-alueen löytäminen oli siis sitä helpompaa, mitä myöhäisemmästä kohortista oli kyse. Toiminta-alueena mainittiin monenlaisia asioita. Vuonna 1988 miesten vastauksissa korostui hyötyliikunta (12 %), mutta sitä ei juuri mainittu myöhemmin. Heillä lisäsivät ajan myötä merkitystään erityi-sesti käsiyöt (1988: 1 %; 1996: 8 %; 2004: 15 %). Naisten vastauksissa yhteisötoiminta säilytti asemansa (1988: 10 %; 1996: 15 %; 2004: 11 %) ja seurakuntatoiminnan merkitys lisääntyi selvästi (1988: 3 %; 1996: 6 %; 2004: 15 %). Vuoden 2004 haastateltavat toivat esiin myös sellaisia asioita, joita ei ollut aiemmin mainittu (tai omana luokkanaan huo-mioitu hyvin harvinaisten vastausten takia), kuten opiskelu (5 % naisista ja 4 % miehis-tä) sekä toisten auttaminen (naisista 8 %) ja remontti- ja rakennustyöt (miehistä 4 %).

**Taulukko 3.** Elämänhalun muutos 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Elämänhalun muutos	Miehet				Naiset				Suku-puoli-erot, p
	1988 (n = 140)	1996 (n = 130)	2004 (n = 117)	p	1988 (n = 218)	1996 (n = 188)	2004 (n = 170)	p	
Elämänhalu lisääntynyt	10,0	5,4	10,3	0,343	6,0	9,6	8,8	0,495	<u>1988</u> 0,328
Pysynyt samana	81,4	90,0	82,9		83,5	83,5	82,4		<u>1996</u> 0,250
Elämänhalu vähentynyt	8,6	4,6	6,8		10,6	6,9	8,8		<u>2004</u> 0,781
Yhteensä	100	100	100		100	100	100		

Kohorttien ja sukupuolten väliset erot testattu  $\chi^2$ -testillä.

**Taulukko 4.** Elämän voimanlähde 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004. Kohorttivertailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä. Kunkin asian ilmoittaneiden osuudet (%). (Usean asian ilmoittaminen mahdollista.)

Elämän voimanlähde	Miehet			Naiset		
	1988 (n = 139)	1996 (n = 130)	2004 (n = 117)	1988 (n = 217)	1996 (n = 187)	2004 (n = 170)
Läheiset ihmiset	24,5	41,5	39,3	30,9	48,1	52,4
Uskonto	11,5	16,2	6,8	33,2	28,3	20,0
Psyykkinen hyvinvointi <sup>a</sup>	23,7	11,5	6,8	18,0	7,0	7,6
Terveys ja toimintakyky	15,1	16,2	21,4	9,2	10,2	15,9
Harrastukset, työ, toiminta	13,7	9,2	12,0	9,2	11,2	14,7
Kiinnostus elämään	10,1	7,7	10,3	3,7	6,4	9,4
Taloudellinen ja aineellinen hyvinvointi	10,1	13,8	21,4	4,1	10,7	15,3
Ulkonaiset henkiset asiat <sup>b</sup>	5,8	6,9	4,3	4,6	4,3	2,9
Ei mikään	1,4	0,0	1,7	2,3	1,6	0,0
Ei osaa sanoa	7,2	8,5	10,3	6,0	3,7	4,7

<sup>a</sup> Esim. itsearvostus, luonne, asenne.

<sup>b</sup> Esim. erilaiset virikkeet, kuten luonto ja musiikki.

Huom! Vuosien 1988 ja 1996 lukuja ei voida suoraan verrata aiempaan raporttiin (Takkinen ja Suutama 1999b), jossa tarkasteltiin vain ensisijaisena ilmoitettuja voimanlähteitä.

**Taulukko 5.** Kuoleman merkitys 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988, 1996 ja 2004 (%). Kohorttiverailu vuosina 1919–1923, 1927–1931 ja 1935–1939 syntyneiden henkilöiden välillä.

Kuoleman merkitys	Miehet			Naiset		
	1988 (n = 140)	1996 (n = 131)	2004 (n = 117)	1988 (n = 218)	1996 (n = 187)	2004 (n = 170)
Välttämätön, luonnollinen asia	40,0	59,5	59,8	44,5	43,9	57,6
Kaiken loppuminen	28,6	21,4	18,8	13,8	8,6	12,9
Toivo uudesta elämästä	7,1	6,9	10,3	14,2	19,8	17,1
Vapautus kärsimyksistä	5,0	3,8	6,0	9,6	7,0	10,0
Lepo, rauha	0,0	0,8	0,0	2,3	3,7	0,0
Pelko	2,9	0,0	2,6	4,1	5,9	1,8
Raskas, ikävä asia	2,9	0,8	0,9	3,2	2,1	0,0
Arvoitus	2,9	0,0	0,9	1,8	0,0	0,6
Jokin muu	7,1	6,1	0,0	3,2	8,6	0,0
Ei osaa sanoa	3,6	0,8	0,9	3,2	0,5	0,0
Yhteensä	100	100	100	100	100	100

Vuosina 1996 ja 2004 haastateltavat täyttivät koherenssin, elämän johdonmukaisuuden ja hallittavuuden tunnetta arvioivan kyselylomakkeen. Osioista lasketussa kokonaissummapistemäärässä ei ollut merkitsevää eroa kohorttien välillä. Myöskään miesten ja naisten välinen ero ei ollut merkitsevä kummallakaan kerralla, vaikka se hieman suurenikin jälkimmäisellä tutkimuskerralla miesten hyväksi (taulukko 6). Myös kokonaispistemäärän jakaumien tarkastelu (kuvio, s. 200) osoitti, että miehillä oli korkeita pistemääriä hieman enemmän kuin naisilla. Minkään ala-asteikon pistemäärässä ei ollut merkitsevää eroa kohorttien välillä. Vaikutettavuusasteikon pistemäärä oli vuonna 2004 miehillä merkitsevästi korkeampi kuin naisilla.

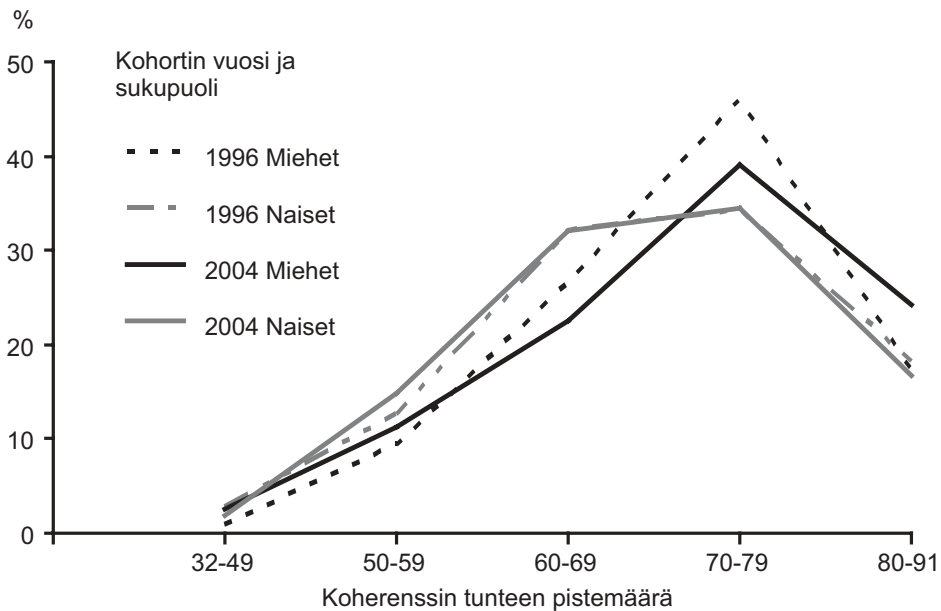
**Taulukko 6.** Koherenssin tunteen summapistemäärän ja osasummien keskiarvot ja -hajonnat 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1996 ja 2004. Kohorttivetäily vuosina 1927–1931 ja 1935–1959 syntyneiden henkilöiden välillä.

Summamuuttuja	Miehet		Naiset		Sukupuolierot, p
	1996	2004	1996	2004	
<b>Koherenssin tunne</b>					<u>1996</u>
Keskiarvo	71,0	72,1	69,9	69,8	0,365
Keskihajonta	9,4	10,4	10,4	9,9	<u>2004</u>
n	128	115	181	168	0,072
t-testi, p	0,402		0,927		
<b>Tarkoituksellisuus</b>					<u>1996</u>
Keskiarvo	22,3	22,9	22,6	22,8	0,636
Keskihajonta	3,7	3,4	3,7	3,3	<u>2004</u>
n	129	117	181	168	0,732
t-testi, p	0,212		0,535		
<b>Ymmärrettävyys</b>					<u>1996</u>
Keskiarvo	27,4	27,3	26,9	26,5	0,352
Keskihajonta	4,0	4,7	4,8	4,8	<u>2004</u>
n	128	117	182	168	0,166
t-testi, p	0,813		0,366		
<b>Vaikutettavuus</b>					<u>1996</u>
Keskiarvo	21,2	21,9	20,4	20,6	0,084
Keskihajonta	3,7	3,6	4,0	3,7	<u>2004</u>
n	129	115	181	168	<b>0,003</b>
t-testi, p	0,122		0,650		

Kohortti- ja sukupuolierot testattu t-testillä.



**Kuvio.** Koherenssin tunteen luokitellun pistemäärän jakauma 65–69-vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1996 ja 2004.



#### 4 POHDINTA

Oman elämän tarkoitukselliseksi kokeminen oli sitä yleisempää, mitä myöhemmin syntyneestä kohortista oli kyse, ja asia vaikutti myös helpommalta vastata myöhemmin syntyneille. Noin kaksi kolmasosaa 1919–1923 syntyneestä kohortista, vähintään kolme neljäsosaa 1927–1931 syntyneestä kohortista ja yli neljä viidesosaa 1935–1939 syntyneestä kohortista koki elämänsä tarkoitukselliseksi. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkitseviä eroja. Elämänhalun muutoksessa ei ollut eroja kohorttien eikä sukupuolten välillä; vähintään neljä viidesosaa eri kohorttien miehistä ja naisista koki sen säilyneen.

Läheiset ihmiset olivat kaikissa kohorteissa sekä useimmin mainittu elämän tarkoituksellisuuden syy että yleisin elämän voimanlähde. Tämä vastaa aikaisempia niin Ikivihreät-projektissa (Takkinen ja Suutama 1999a ja b) kuin muuallakin tehtyjä havaintoja (esim. DeVogler ja Ebersole 1981; Orbach ym. 1987; DePaola ja Ebersole 1995). Tarkoituksellisuuden syitä ja voimanlähteitä yhdessä tarkastellen läheisten ihmisten merkitys elämän positiiviselle kokemiselle lisääntyi siirryttäessä varhaisimmasta myöhäisimpään kohorttiin niin miehillä kuin naisillakin. Ihmissuhteiden suuremmasta merkityksestä naisille kuin miehille tai naisten suuremmasta sosiaalisuudesta kertonee havainto, että läheiset ihmiset olivat naisille vielä tärkeämpi elämän tarkoituksellisuuden syy ja voimanlähde kuin miehille.

Myös uskonto oli naisille merkittävämpi elämän voimanlähde kuin miehille, mutta tarkoituksellisuuden syissä sen merkitys oli vähäinen eikä siinä ollut eroa sukupuolten välillä. Tämä vastaa Ikivihreät-projektin pitkittäistutkimuksen tulosta (Takkinen ja Suutama 1999a), mutta muualla on havaittu uskonnon merkitys myös iäkkäiden ihmisten kokeman tarkoituksellisuuden lähteenä (esim. Orbach ym. 1987). Synä erilaisiin havaintoihin voivat olla esimerkiksi erot tutkittavien iässä ja elämäntilanteissa sekä uskonnollisuuteen liittyvät kulttuuriset erot. Työ ja muu toiminta oli miehille tärkeämpi elämän tarkoituksellisuuden syy kuin naisille erityisesti myöhäisimmässä kohortissa, mutta elämän voimanlähteenä se oli yhtä merkittävä molemmille sukupuolille. Terveiden ja aineellisen hyvinvoinnin merkitys elämän voimanlähteenä, mutta ei tarkoituksellisuuden synä, kasvoi siirryttäessä varhaisimmasta myöhäisimpään kohorttiin sekä naisilla että miehillä. Monissa tapauksissa kysymyksen sisältö näytti täten vaikuttavan siihen, kuinka merkittävänä asiaa pidettiin elämän koettua tarkoitusta ja hyvinvointia ajatellen.

Kuolema merkitsi keskimäärin noin puolelle eri kohorttien edustajista luonnollista, väistämätöntä asiaa tällaisen neutraalin merkityksen korostuessa myöhäisimmässä kohortissa. Merkitys oli myös selvästi useammin myönteisesti (toivo uudesta elämästä, vapautus kärsimyksistä) kuin kielteisesti (pelko tai raskas, ikävä asia) sävyttynyt. Kaiken loppumista kuvaavat vastaukset, joita antoi viides-neljäsosa miehistä ja runsas kymmenesosa naisista, eivät ole myönteisyys–kielisyys-ulottuvuudella yhdenmukaisesti määriteltävissä. Erilaisia yksilöllisesti määräytyviä kuoleman merkityksiä niin nuorilla kuin iäkkäilläkin aikuisilla on havaittu muuallakin (Cicirelli 2001). Kaikkiaan vastaukset eivät kuvastaneet kuoleman näkemistä elämälle vieraana ja torjuttavana tai pelottavana asiana (vrt. Molander 1999), vaikka kuoleamisen tapahtuma onkin nykyään yleensä eristetty tavanomaisesta arkiympäristöstä laitoksiin (Ruth 1985). Kohorttien vertailu ei myöskään kertonut tämänsuuntaisen suhtautumisen lisääntymisestä, pikemminkin päinvastoin.

Naisten miehiä suurempi uskonnollisuus (Suutama ym. 1988; Teinonen ym. 2003) tuli esiin elämän voimanlähteissä ja jossain määrin kuoleman merkityksessä (toivo uudesta elämästä oli naisilla yleisempi vastaus kuin miehillä) mutta ei juuri elämän tarkoituksellisuuden syissä. Elämän voimanlähteissä uskonnon merkitys väheni naisilla selvästi ajankohdasta toiseen siirryttäessä; vuonna 1988 sen mainitsi kolmasosa tutkituista, vuonna 2004 enää viidesosa. Tätä voinee pitää jonkinlaisena merkinä myös ikääntyvien naiskohorttien maallistumisesta. On kuitenkin huomattava, että seurakuntatoiminta elämän sisällönä yleistyi selvästi siirryttäessä varhaimmin syntyneestä myöhäisimpään naiskohorttiin.

Tulosten perusteella 65–69-vuotiaiden jyvaskylälaisten kokema koherenssin tunne oli kaikkina tutkimusajankohtina keskimäärin sängen korkea osoittaen positiivista suuntautuneisuutta elämään (vrt. Antonovsky 1979 ja 1987). Koherenssin tunne -kyselyn summapistemäärä oli samaa tasoa kuin eurooppalaisen EXCELSA-projektin Suomen esitutkimuksessa (Hietanen ym. 2001) 30–85-vuotiailla henkilöillä, joilla tulos ei ollut yhteydessä ikään. Molemmissa tutkimuksissa miehet saivat keskimäärin hieman korkeam-

pia pistemääriä kuin naiset. Ero selittyi tässä tutkimuksessa miesten naisia voimakkaammilla vaikutettavuuden kokemuksilla. Tulosta voidaan pitää suuntaa antavana, vaikka Antonovskyn (1993) mukaan menetelmällä ei tulisikaan arvioida koherenssin tunteen osa-alueita erikseen. Lyhyessä versiossa osasummien reliabiliteetit voivat jäädä mataliksi, kuten tässä kävi, vaikka esimerkiksi pitemmästä, 8-osioisesta tarkoituksellisuusasteikosta on raportoitu hyvin korkeita reliabiliteettikertoimia (Reker ja Fry 2003). Kokonaissummapistemäärän reliabiliteettikerroin oli tässä korkea, korkeampi kuin EXCELSA-tutkimuksessa (Hietanen ym. 2001) ja lähellä kansainvälisessä kirjallisuudessa esitettyjä pitemmän alkuperäisversion kertoimia (Reker ja Fry 2003). Menetelmää voidaan pitää luotettavana arvioitaessa ikääntyvien suomalaisten koherenssin tunnetta.

Kaikkiaan kohorttien välillä oli paljon yhtenevyyttä tarkastelluissa asioissa, mutta myös joitain eroja, joista merkittävimpänä voi pitää elämän tarkoituksellisuuden positiivisten tuntemusten lisääntymistä ja asian arviointivaikkeuksien vähenemistä siirryttäessä varhaisimmasta myöhäisimpään kohorttiin. Positiivisen ajattelun lisääntyminen näkyi jossain määrin myös kuoleman koetussa merkityksessä. Syitä näihin muutoksiin on vaikea varmuudella sanoa, mutta taustalla on todennäköisesti erilaisia tekijöitä, joista osa liittyy eroihin kohorttien elämänhistoriallisessa taustassa ja osa yhteiskunnassa ajan myötä tapahtuneeseen sosiaaliseen ja kulttuuriseen muutokseen (ks. Takkinen ja Suutama 1999a ja b).

Vastaamisvaikeuksien väheneminen voi olla yhteydessä koulutustason nousuun kohortista toiseen siirryttäessä. Koulutuksen ja myös tiedon tavoitettavuuden paranemisen myötä erilaisten asioiden pohdinta voi tuntua helpommalta. Taloudellinen vaurastuminen on parantanut elämisen ehtoja, mikä voi näkyä aiempaa positiivisempina arvioina elämästä. Myös suhtautuminen vanhenemiseen erityisesti ns. kolmannessa iässä, jota tutkitut kohortit edustavat, on viimeisen parinkymmenen vuoden aikana muuttunut myönteisemmäksi. Tämä voi näkyä elämän koetun tarkoituksellisuuden lisääntymisenä. Tähän voi liittyä myös havainto, että suurempi osa myöhäisimmän kohortin kuin aiempien kohorttien edustajista oli eläkkeellä ollessaan löytänyt elämään sisältöä ja merkitystä tuovan toiminta-alueen. Mahdollisuudet erilaiseen itseä kiinnostavaan toimintaan alkavassa vanhuudessa nähdään nykyisin parempina kuin vielä edellisinä vuosikymmeninä.

Tätä tutkimusta voidaan pitää merkittävä lisänä elämän tarkoituksellisuuden tunteen suomalaisen tutkimukseen, joka on ollut vähäistä. Kansainvälisestikin tarkastellen tutkimus on harvinainen kohortteja vertailevan asetelmansa takia. Tämä artikkeli antaa kuitenkin vain kuvailevaa tietoa koettuun tarkoituksellisuuteen yhteydessä olevista erilaisista asioista. Tarvitaan lisätutkimusta, jossa tarkastellaan tarkoituksellisuuden kokemuksia suhteessa eri kohorttien tausta- ja ympäristötekijöihin sekä terveyden ja toimintakyvyn muihin osa-alueisiin. Vanhenemisen ja elämän tarkoituksellisuuden kokemusten suhteeseen tuo uutta tietoa Ikivihreät-projektin 16 vuoden seuruututkimus, joka on jatkoa aiemmin raportoidulle tutkimuksen alkuvaiheessa 65–84-vuotiaiden henkilöiden kahdeksan vuoden seurannalle (Suutama ym. 1999).

Elämän tarkoituksellisuuden kokemukset ovat yksilöllisiä ja tilannekohtaisia, ja sellaisina niitä tulisi myös lähestyä. Siksi niiden ja niihin yhteydessä olevien tekijöiden tutkiminen on haasteellinen tehtävä. ”Elämän meille asettamat kysymykset vaihtelevat hetkestä ja ihmisestä toiseen. Vastaamalla niihin voimme toteuttaa hetken tarkoituksen. Kullekin ihmiselle asetetut kysymykset ovat kunakin hetkenä perinpohjin erilaiset. Huomaamme myös, miten tyhmää on kysyä elämän tarkoituksesta, ellei sitä tehdä täysin konkreettisesti tässä ja nyt -tilanteessa.” (Frankl 1997, 83.)

## KIRJALLISUUS

Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1979.

Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1987.

Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* 1993; 36: 725–733.

Battista J, Almond R. The development of meaning in life. *Psychiatry* 1973; 36: 409–427.

Cicirelli V. Personal meaning of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies* 2001; 25: 663–683.

Debats D, Drost J, Hansen P. Experiences of meaning in life: A combined qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology* 1995; 86: 359–375.

DePaola S, Ebersole P. Meaning in life categories of elderly nursing home residents. *International Journal of Aging and Human Development* 1995; 40: 227–237.

DeVogler K, Ebersole P. Adults' meaning in life. *Psychological Reports* 1981; 49: 87–90.

Erikson E. Identity and the life cycle. 3rd edition. New York: Norton, 1994.

Erikson E, Erikson J, Kivnick H. Vital involvement in old age. New York: Norton, 1986.

Frankl V. Elämän tarkoitusta etsimässä. 3. painos. Helsinki: Otava, 1978.

Frankl V. Olemisen tarkoitus. 2. painos. Helsinki: Otava, 1982.

Frankl V. Tarkoituksellinen elämä. 2. painos. Helsinki: Otava, 1997.

Hietanen A, Suutama T, Heikkinen E, Heikkinen R-L, Raitasalo R, Ruoppila I. Vanheneminen, terveys ja kompetenssi. EXCELSA-projektin Suomen esitutkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 62, 2001.

Jung C. The structure and dynamics of the psyche: The stages of life. 2nd edition. London: Routledge & Kegan Paul, 1981.

Jung C. Kohti totuutta. Poleemisia esseitä. Helsinki: WSOY, 1991.

Krause N, Shaw B. Role-specific control, personal meaning, and health in late life. *Research on Aging* 2003; 25: 559–586.

Lazarus R, DeLongis A. Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist* 1983; 38: 245–254.

Maslow A. Toward a psychology of being. New York: Van Nostrand, 1953.

Molander G. Kuolemassa pelottaa elämän ja kuoleman hämärä välimaasto. *Suomen Lääkärilehti* 1999; 54: 4289–4292.

Orbach I, Iluz A, Rosenheim E. Value systems and commitment to goals as a function of age, integration of personality and fear of death. *International Journal of Behavioural Development* 1987; 10: 225–239.

Reker G. Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). *Personality and Individual Differences* 2005; 38: 71–85.

Reker G, Fry P. Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences* 2003; 35: 977–993.

Ruth J-E. Kuoleman ja kuoleamisen psykologia. Julkaisussa: Ruth J-E, Heiskanen P, toim. Kuolema elämän keskellä. Keuruu: Otava, 1985: 113–125.

Ryff C, Kwan C, Singer B. Personality and aging. Flourishing agendas and future challenges. Julkaisussa: Birren J, Schaie K, eds. *Handbook of the psychology of aging*. Fifth edition. San Diego, CA: Academic Press, 2001: 477–499.

Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P, toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreä-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 1999.

Suutama, Salminen K, Ruoppila I. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Osa 2. Julkaisussa: Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisu M: 63, 1988.

Takkinen S. Meaning in life and its relation to functioning in old age. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 167, 2000.

Takkinen S, Suutama T. Elämän tarkoituksellisuus iäkkäiden ihmisten kokemana kahdeksan vuoden seuruututkimuksessa. Julkaisussa: Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P, toim. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42, 1999a: 77–98.

Takkinen S, Suutama T. Elämän tarkoituksellisuus 65–69-vuotiailla henkilöillä vuosina 1988 ja 1996. Julkaisussa: Heikkinen E, Lampinen P, Suutama T, toim. Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät-projektin kohorttiverailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, 1999b: 147–162.

Takkinen S, Suutama T. Life-lines of Finnish elderly people. *International Journal of Aging and Human Development* 2004; 59: 339–362.

Teinonen T, Vahlberg T, Isoaho R, Kivelä S-L. Elämän vastoinkäymiset, uskonnollisuus ja masentuneisuus iäkkäillä. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58: 3409–3415.

Tornstam L. Gerotranssendenssi – teoreettinen tarkastelu. *Gerontologia* 1994; 8: 75–81.

Zika S, Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology* 1992; 83: 133–145.



*Eino Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia-Leena Salo  
ja Timo Suutama*

**YHTEENVETO**  
**SUMMARY**





## YHTEENVETO

Väestö ikääntyy Suomessa hyvää vauhtia. Väestön keski-ikä kohoaa, elinajanodote pidentyy ja eläkeikäisen väestön määrä kasvaa. Elinajanodote on nykyisin naisilla noin 82 vuotta ja miehillä noin 75 vuotta. Sen odotetaan edelleen pitenevän noin kahdella vuodella seuraavien noin 15 vuoden kuluessa. Kuudenkymmenenviiden vuoden ikään eläneillä naisilla on elinajanodote noin 20 vuotta ja miehillä vastaavasti noin 15 vuotta. Iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin ja palvelujen turvaamisesta on tulossa yhä polttavampi yhteiskunnallinen kysymys. Ikääntymiseen liittyvien, pitkittäistutkimuksilla tavoitettavien muutosten ohella mielenkiinnon kohteena ovat mahdolliset ikäkohorttierot. Niiden perusteella voidaan arvioida ja ennustaa esim. palvelujen tarvetta ja elämänlaadun kehityssuuntia. Kun ikä vakioidaan, voidaan kohorttieroja peilata niitä olosuhteita ja muutoksia vastaan, joita eri aikoina syntyneet kohortit ovat kohdanneet.

Ikivihreät-projektin edellisessä kohorttiversailuraportissa (Heikkinen ym., toim., Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 47, Helsinki 1999) kuvattiin kahta 65–69-vuotiasta ikäryhmää, jotka olivat syntyneet 8 vuoden aikaerolla. Vuonna 1988 tutkittavien joukon muodostivat vuosina 1914–1923 syntyneiden 800:n Jyväskylässä kotona asuvan henkilön satunnaisotoksen 65–69-vuotiaat, vuosina 1919–1923 syntyneet ( $n = 451$ ). Heistä haastateltiin 362 henkilöä (81 %) tavoitettavissa olleista. Vuonna 1996 perusjoukkona olivat vuosina 1927–1931 syntyneet jyväskyläläiset, joista tutkimukseen valittiin 403 henkilön satunnaisotos. Heistä haastateltiin 320 henkilöä (80 %). Tutkimusta jatkettiin uuden 8 vuoden aikaeron jälkeen vuonna 2004. Tuolloin perusjoukkona olivat vuosina 1935–1939 syntyneet jyväskyläläiset, joista tutkimukseen valittiin 400 henkilön satunnaisotos. Heistä haastateltiin 292 henkilöä (73 %).

Tutkimusaineistot koottiin käyttäen strukturoituja haastattelu-, kysely- ja testilomakkeita, joiden osiot olivat samat kaikilla kolmella tutkimuskerralla tämän raportin muutujien osalta. Haastatteluilla koottiin tietoa tutkittujen sosiaalisesta asemasta ja elinoloista, fyysisestä toimintakyvystä, tiedonkäsittelytoiminnoista, sosiaalisista suhteista, päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä, terveydestä, mielialasta, fyysisestä aktiivisuudesta ja liikunnasta sekä harrastustoiminnasta, elämän tarkoituksellisuuden kokemisesta, ikäidentifikaatiosta ja palveluiden käytöstä.

Mittaviin lomakkeisiin tehtiin kahdella myöhemmällä tutkimuskerralla joitakin muutoksia, joilla lomakkeistoa hieman supistettiin etenkin aikaa vieneiden ja haastateltaville vaikeiksi osoittautuneiden kysymysten osalta. Tutkimuksesta kieltäytyneiden keskuudessa tehtiin kullakin tutkimuskerralla katoanalyysi, jonka tulokset antavat aiheen olettaa, että kieltäytyminen ei ole aiheuttanut merkittävää harhaa tutkimuksen tuloksiin ja että tulokset ovat yleistettävissä kyseisiin jyväskyläläisiin kotona asuviin kohortteihin ja todennäköisesti melko hyvin myös vastaavanlaisiin suomalaisiin kaupunkiväestöihin.

Tässä raportissa kuvatun tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, poikkeako uusi 65–69-vuotiaiden kohortti kahdesta edellisestä, 16 ja 8 vuotta aiemmin samanikäisenä tutkitusta kohortista. Olettamuksena oli, että kahdeksan vuoden ero kohorttien syntymäajassa on verraten lyhyt merkittävien erojen syntymiseksi ja että kohorttien väliset erot voimistuvat verrattaessa 16 vuoden aikaerolla syntyneitä 65–69-vuotiaita toisiinsa. Erojen arveltiin kasvavan pääosin myönteiseen suuntaan.

*Sosiaalis-taloudellista asemaa* koskevat havainnot osoittivat, että 65–69-vuotiaiden työväskylälaisten tilanne parani 16 vuotta kattavan periodin aikana. Sekä henkilökohtaiset että perheen nettotulot kasvoivat molemmilla sukupuolilla miesten tulojen ollessa edelleen naisten tuloja suuremmat. Myös koettu taloudellinen tilanne parani siirryttäessä aiemmista kohorteista myöhempiin. Niin ikään koulutustason havaittiin jatkaneen nousua erityisesti naisten keskuudessa. Naisleskien osuus oli jatkanut vähenemistä miesten kuolleisuuden alentuessa. Autoistuminen oli lisääntynyt niin, että vuonna 2004 yli 90 %:lla miehistä ja lähes 60 %:lla naisista oli auto, kun vastaavat osuudet vuonna 1988 olivat noin kaksi kolmasosaa ja vähän yli kolmannes. Yksinasuvien määrässä ei ollut merkitseviä eroja kohorttien välillä. Rivi- ja paritalossa asuvien osuuden todettiin kasvaneen.

*Terveystilassa* ei ikäkohorttien välillä havaittu merkittäviä eroja tarkasteltaessa pitkäaikaissairauksien ja arkielämää häiritsevien oireiden esiintymistä. Ilman lääkitystä olevien määrä väheni sekä miesten että naisten keskuudessa merkittävästi, ja vitamiinien ja hivenaineiden käyttö puolestaan oli lisääntynyt etenkin vuonna 2004 tutkitussa kohortissa aikaisempiin kohortteihin verrattuna. Reseptilääkkeiden käytön lisääntymisen yhtenä taustatekijänä lienee ns. ennalta ehkäisevän lääkityksen yleistyminen. Kroonisten keuhkosairauksien lisääntyminen naisilla näkyi lääkityksen kasvuna. Miehillä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien määrä väheni, mikä puolestaan näkyi merkittävänä kipu-, kuum- ja reumalääkkeiden käytön vähenemisenä. Koetussa terveydessä ja itse ilmoitetussa toimintakyvyssä sen sijaan oli havaittavissa paranemista siirryttäessä varhaisimmasta kohortista myöhempiin. Huonoksi terveytensä arvioineiden määrä väheni ja hyväksi tai erityisen hyväksi terveytensä arvioineiden määrä lisääntyi erityisesti miesten keskuudessa. Samoin terveysongelmien harrastuksille aiheuttamat rajoitukset olivat jossain määrin vähentyneet. Erityisesti fyysistä ponnistelua vaativissa liikkumistehtävissä olivat vaikeudet merkittävästi vähentyneet. Kokonaisuutena havaitut erot kohorttien välillä osoittavat myönteistä kehitystä etenkin toimintakyvyssä ja ihmisten omista arvioista terveydentilastaan. Sairauksien esiintymisessä kehitys on ollut kaksijakoista osan sairauksista lisääntyessä ja osan vähentyessä. Taustalla on monia eri asioita, esim. lääketieteen kehitys, terveyspalvelujen käytön lisääntyminen, elintapojen osittain ristiriitaiset kehitystrendit (mm. naisten tupakoinnin lisääntyminen) ja elinolojen paraneminen sekä työelämän ja työterveyshuollon muutokset. Kyseessä on dynaaminen prosessi, jonka eri ulottuvuuksien ja niiden taustalla olevien tekijöiden kehitystä on vaikea ennustaa. Mikäli havaitut myönteiset trendit jatkuvat samansuuntaisina, se merkitsee parempaa itsestä selviytymistä, mahdollisuutta aktiiviseen elämäntapaan ja kohenevaa elämänlaatua ainakin nuorimpien eläkeikäisten keskuudessa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös *sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä sekä tyytyväisyyttä avoterveydenhuollon palveluihin*. Lääkäriissä käyneiden osuudet eivät eronneet merkittävästi kohorttien välillä, vaikkakin lievää nousua oli havaittavissa, mutta sairaanhoitajien luona käyneiden osuus oli selvästi lisääntynyt kohortista toiseen. Myös laboratoriopalvelujen käyttö osoitti kasvavaa suuntaa. Hammaslääkäriissäkäynnit olivat myös merkittävästi lisääntyneet kohortista toiseen. Fysioterapiapalvelujen käyttö oli puolestaan vähentynyt. Miehillä oli keskussairaalan vuodeosastohoito merkittävästi vähentynyt, naisilla puolestaan lisääntynyt. Yksityislääkäripalvelujen käytössä ei ollut kohorttien välillä merkitseviä eroja. Kaikissa kohorteissa noin kaksi kolmasosaa koki saaneensa riittävästi hoitoa sairauksiinsa ja oireisiinsa. Miehistä noin 5 % ja naisista noin 10 % koki, ettei ole saanut riittävästi hoitoa. Kotipalveluja käytettiin hyvin vähän, ja käyttö oli vähenemään päin. Kyseessä olevan ikäkohortin terveys ja toimintakyky osoittavat paranevaa kehityssuuntaa ja toisaalta terveyspalvelujen käyttö on lisääntynyt. Tuloksia voidaan tulkita eri tavoin: paraneva terveys ja toimintakyky voivat ainakin osin olla seurausta lisääntyneestä palvelujen käytöstä, tai lisääntynyt palvelujen käyttö voi heijastaa parantuneita elinoloja, lisääntynyttä palvelujen tarjontaa ja kasvanutta terveystietoisuutta eläkeikään ehtineessä väestössä.

*Mielen hyvinvointia* tutkittiin selvittämällä yksinäisyyden tunteiden, ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden esiintymistä kohderyhmissä. Yksinäisyyden kokemisessa ei todettu merkitseviä eroja kohorttien välillä, joskin melko ja hyvin yksinäiseksi itsensä kokeneiden määrä väheni tultaessa myöhempiin kohortteihin. Myöskään ahdistuneisuudessa ei kohorttien välillä ollut merkitseviä eroja. Noin viidennes naisista koki vähintään lievää ahdistuneisuutta kohortista riippumatta; miehillä vastaava osuus oli toistakymmentä prosenttia. Masentuneisuutta oli myöhemmissä naiskohorteissa vähemmän kuin vuonna 1988 tutkitussa. Merkille pantavaa on, että niillä naisilla, jotka kasvuympäristössään olivat kokeneet turvallisuutta ja lämpöä, oli pienempi pistemäärä masentuneisuutta arvioivassa kyselyssä verrattuna niihin naisiin, jotka olivat kasvuympäristössään kokeneet lämmön ja turvallisuuden puutetta.

*Sosiaalisia suhteita ja niiden toimivuutta* tarkasteltiin lasten, lastenlasten sekä ystävien ja luotettujen ja huolehtivien henkilöiden lukumäärinä, lasten ja lastenlasten tapaamistiheytenä ja niiden koettuna riittävytenä. Myöhemmissä kohorteissa lasten määrä oli pienempi kuin aikaisimmassa kohortissa, mutta lastenlapsia oli kuitenkin kaikissa suunnilleen sama määrä. Lasten ja lastenlasten tapaamistiheys oli harvinta viimeisessä kohortissa ja tapaamisten määrä koettiin riittämättömäksi. Lasten merkitys läheisimpinä henkilöinä oli vähentynyt ja muiden sukulaisten merkitys puolestaan kasvanut. Niiden henkilöiden määrä, jotka tutkittavien käsityksen mukaan voivat tarvittaessa huolehtia heistä, oli suurin myöhimessä kohortissa. Ilman ainuttakaan huolehtivaa henkilöä olevien osuudet olivat vähentyneet puoleen vuodesta 1988 vuoteen 2004, mutta naisten osuus oli kuitenkin edelleen kaksinkertainen (noin 17 %) miehiin verrattuna. Tutkimuksessa selvitettiin myös, kuinka usein ja monessako arkipäivän asiassa tutkittavat auttavat jotakuta toista henkilöä. Avun antaminen oli lisääntynyt erittäin merkittävästi sekä miehillä että naisilla. Apua kokonaan antamattomien osuus oli pienin vuoden 2004

kohortissa sekä miehillä (24 %) että naisilla (33 %). Ystävien määrä näyttää siis lisääntyneen ja sosiaalista tukea annetaan enemmän kuin aikaisemmin, mutta niiden osuus, jotka mielestään tapasivat jälkeläisiään riittävästi, oli aiempaa pienempi myöhemmissä kohorteissa.

Tutkittavien *harrastustoimintoja* selvitettiin kysymyksillä, jotka koskivat taideharrastuksia, järjestö- ja seurakuntatoimintaa, käsitöitä, kirjojen ja lehtien lukemista, opiskelua, matkustelua, radion kuuntelua ja television katselua. Lisäksi kartoitettiin harrastustoimintojen muutosta eläkkeelle jäätyä ja syitä niiden muutokseen. Erilaisten harrastusten prosenttiosuuksissa oli vain vähän merkitseviä eroja kohorttien välillä. Radion kuuntelu oli jossain määrin vähentynyt, ja passiiviset taideharrastukset, ulkomaanmatkat, opiskelu ja kirjojen lukeminen naisilla olivat puolestaan jossain määrin lisääntyneet kohortista toiseen. Harrastustoiminnan raportoitiin kuitenkin merkittävästi lisääntyneen eläkkeelle jäämisen jälkeen etenkin viimeisimmässä kohortissa sekä miehillä että naisilla. Tulokset viittaavat siihen, että myöhemmin syntyneet 65–69-vuotiaat henkilöt ovat harrastustoiminnoissaan aikaisemmin syntyneitä jossain määrin aktiivisempia ja myös monipuolisempia eläkeläisiä.

*Liikunnan harrastamista* selvitettiin kysymällä liikkumisen useutta, intensiteettiä ja lajeja. Kävely ja kotivoimistelu olivat harrastetuimmat liikuntamuodot kaikissa kohorteissa. Liikunnan useus ja intensiteetti olivat lisääntyneet verrattaessa viimeistä kohorttia aikaisempiin. Viimeisimmässä kohortissa ne, joiden liikkumiskyky oli heikentynyt, harrastivat aikaisempien kohorttien vastaavia henkilöitä useammin ohjattua liikuntaa. Suurin osa tutkituista piti liikunnan harrastamista erittäin tärkeänä, eikä kohorttien välillä ollut tässä merkitseviä eroja. Terveysteen liittyvät seikat olivat sekä tärkein syy harrastaa liikuntaa että suurin este liikunnan harrastamiselle kaikissa kolmessa kohortissa. Terveysten merkitys liikunnan harrastamisen motiivina oli korkeimmillaan viimeisimmässä kohortissa. Kiinnostuksen puute oli tavallisin este ohjattuun liikuntaan osallistumiseen: noin neljäsosa kaikista kohorteista raportoi tämän esteen. Ikääntyvän väestön liikuntakulttuurin myönteisen kehityksen jatkuminen on tärkeää pyrittäessä edelleen parantamaan edellytyksiä aktiiviselle elämäntavalle ja kohentamaan elämänlaatua eläkeikäisessä väestössä.

*Tiedonkäsittelytoimintoja* selvitettiin käyttämällä Mini-D-testiä yleisen kognitiivisen kyvykkyyden mittarina sekä muistin, oppimiskyvyn ja henkisen vireyden tason ja muutoksen ja eri asioihin liittyvien muistamisvaikeuksien itsearvioita. Mini-D-testin tuloksissa ei ollut merkitseviä eroja sen paremmin kohorttien kuin sukupuoltenkaan välillä. Myöhemmissä kohorteissa erityisesti naisilla todettiin hieman positiivisempaa suhtautumista omiin kykyihin varhaisimpaan kohorttiin verrattuna. Muistamisvaikeuksia koettiin vähän ja vähiten viimeksi syntyneessä kohortissa. Koska kognitiivinen suoritustaso korreloi merkittävästi koulutustasoon, voidaan olettaa, että suomalaisten eläkeikäisten kognitiivinen suoritustaso paranee 2000-luvulla sitä mukaa kuin peruskoulu-uudistus ja sen jälkeiset toisen ja kolmannen asteen koulutuksen laajennukset alkavat näkyä tuolloin iäkkäässä väestössä.

Tutkittavien *ikäidentifikaatiota* selvitettiin koettua ikää ja ihanneikää koskevilla kysymyksillä, joiden vastauksia tarkasteltiin myös suhteessa kalenteri-ikään. Lisäksi tutkittavilta tiedusteltiin, oliko ikä alkanut painaa heitä ja minkä ikäisenä tällaiselta oli alkanut tuntua. Kolme tutkittua kohorttia eivät eronneet ikäidentifikaation suhteen toisistaan. Koetun iän keskiarvo oli 5–7 vuotta kalenteri-ikää matalampi. Sukupuolten välillä oli ihanneikässä merkitsevä ero siten, että naiskohorttien ihanneikä keskiarvot (55–58 vuotta) olivat lähempänä heidän senhetkistä kalenteri-ikänsä kuin mieskohorttien keskiarvot (48–52 vuotta). Kaksi kolmasosaa haastatelluista ilmoitti, ettei ikä ollut vielä alkanut painaa. Yksi kolmasosa sijoitti iän painamisen alkamisajankohdan 56–62 ikävuoteen. Tulos voi ainakin osittain johtua siitä, että käsitykset vanhenemisesta ja vanhuuden alkamisesta olivat jo 1980-luvun lopulla merkittävästi muuttuneet ja yhdenmukaisuneet verrattuna esimerkiksi 1960-luvun loppupuolen käsityksiin. Oman iän ja ihanneikä kokemuksiin vaikuttaisivat siis enemmän ajankohtaiset kulttuuriset seikat kuin tutkittujen koko elämänkulun aikana tapahtuneet muutokset ikäidentifikaatioon liittyvissä kysymyksissä. Samankaltaiset ikäkokemukset kolmessa eri kohortissa ovat mielenkiintoinen haaste jatkotutkimuksille.

Haastatteluissa selvitettiin myös *koettua elämän tarkoituksellisuutta* ja sen syitä, elämän voimanlähteitä, muutosta elämänhalussa sekä kuoleman merkitystä. Lisäksi tutkittavat täyttivät koherenssin eli elämän johdonmukaisuuden tunnetta arvioivan kyselyn. Elämä koettiin tutkituissa kohorteissa yleensä tarkoitukselliseksi, ja kokemus yleistyi siirryttäessä aikaisimmasta kohortista viimeisimpään. Läheiset ihmiset mainittiin useimmiten elämän tarkoituksellisuuden synnä, myöhemmissä kohorteissa aikaisempaa kohorttia useammin. Läheiset ihmiset mainittiin useimmiten myös elämän voimanlähteenä. Terveiden ja aineellisen hyvinvoinnin merkitys elämän voimanlähteenä kasvoi siirryttäessä varhaisemmista myöhäisimpään kohorttiin. Naisten miehiä suurempi uskonnollisuus tuli esille elämän voimanlähteenä, mutta sen merkitys väheni aikaisemmista kohorteista myöhimpään siirryttäessä. Kohorttien väliset erot elämänhalussa, joka oli yleensä säilynyt, olivat pieniä. Koherenssin tunteessa ei ollut eroja. Kuolema merkitsi useimmiten välttämätöntä, luonnollista asiaa. Kaikkiaan kohorttien välillä oli paljon yhtenevyyttä tarkastelluissa asioissa, mutta myös joitakin eroja. Eroista merkittävimpana voidaan pitää elämän tarkoituksellisuuden positiivisten tuntemusten lisääntymistä ja asian arviointivaikeuksien vähenemistä siirryttäessä varhaisimmasta myöhäisimpään kohorttiin. Syyt näihin muutoksiin ovat todennäköisesti moninaisia ja tarjoavat mielenkiintoisen haasteen jatkotutkimuksille.

Kokonaisuutena arvioiden kolmen eri ajankohtana syntyneen 65–69-vuotiaan kohortin vertaileva tutkimus osoitti pääosin kohortista toiseen jatkuvaa myönteistä kehitystä elämän eri alueilla: terveydessä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä, itsearvioidussa tiedonkäsittelyn tasossa, harrastustoiminnoissa ja erityisesti liikunnassa ja muussa fyysisesti aktiivisessa elämäntavassa sekä elämän tarkoituksellisuuden kokemisessa. Ikäidentifikaatiossa sen sijaan kohorttieroja ei havaittu. Avoterveyshuollon palvelujen käyttö oli odotusten mukaisesti lisääntynyt ja sosiaalipalvelujen jo ennestään vähäinen käyttö edelleen vähentynyt. Mikäli havaitut kehityssuunnat jatkuvat tulevaisuudessa ja

etenkin lähivuosina, eläkeikään ehtivien suurten ikäluokkien keskuudessa on muutoksilla suuri merkitys mm. ns. kolmannen iän muotoutumisessa yhä aktiivisemmaksi ja erilaisten palvelujen kysyntää sisältäväksi ja kohenevia toimintamahdollisuuksia edellyttäväksi elämänvaiheeksi. Jos tällaiset muutokset jatkuvat, niillä voi olla merkitystä myöhemmän vanhuusiän myönteisen kehityksen kannalta. Ikivihreät-projektiin sisältyvät seuruututkimukset ja tämä kohorttitutkimus antavat jatkossa mahdollisuuden tutkia iän, kohortin ja periodin vaikutuksia eläkeikäisen väestön toimintakykyyn, terveyteen ja aktiivisuuteen.

## SUMMARY

Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L, Suutama T, eds. **Are the health and functional capacity of people aged 65–69 improving and their leisure activity increasing? Observations from cohort comparisons conducted as part of the Evergreen project in 1988, 1996 and 2004.** Helsinki: The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 83, 2006, 278 pp. ISBN 951-669-719-4 (print), 951-669-720-8 (pdf).

The population of Finland is ageing rapidly. This is reflected both in the rising average age of the population, in the increasing life expectancy at birth and in the growing number of people of retirement age. Life expectancy at birth currently stands at 82 years for women and 75 years for men, and it is expected that these figures will continue to rise by around two years over the next 15 years or so. For women who have reached age 60, the remaining life expectancy is about 20 years and for men about 15 years. The provision of welfare and services for older people is indeed emerging as an ever more critical social issue. As well as looking at ageing-related changes that can be uncovered in longitudinal studies, researchers are showing increasing interest in detecting possible differences between cohorts of equal age but different years of birth. These provide valuable clues for assessing and predicting service needs and trends in quality of life, for example. Age standardisation allows us to examine cohort differences against the conditions and changes that have affected the lives of people born in different time periods.

The previous age cohort report from the Evergreen project (E. Heikkinen et al. eds., The Social Insurance Institution, Finland, Studies in social security and health 47, Helsinki 1999) described two age groups aged 65–69 who were born eight years apart. The population for the 1988 study ( $n = 451$ ) consisted of persons born in 1919–1923 and aged 65–69, who were drawn from a random sample of 800 Jyväskylä residents born in 1914–1923. Interviews were conducted with 362 persons (81%) of those contacted. In 1996, the population consisted of Jyväskylä residents born in 1927–1931; the random sample size was 403 and the number of persons interviewed 320 (80%). The study was continued after another eight-year interval in 2004 when the population consisted of Jyväskylä residents born in 1935–1939. A total of 400 persons were included in the random sample, and 292 persons (73%) were interviewed.

The research data were collected using structured interview schedules, questionnaires and tests, with identical items at all three points of measurement (for the variables reported here). The interviews collected data on the respondents' social status and living conditions; physical and cognitive capacity; social relations; performance of activities of daily living; health; mood; physical activity and exercise; leisure activities; the sense of meaning in life; age identification; and use of services.

Some changes were made ahead of the second and third round of studies to the extensive research forms, primarily to revise and omit items that had proved the most time-consuming and difficult for the interviewees to understand. On all three occasions analyses



of non-response indicated that refusal to participate did not cause significant bias to the results and that the results can be generalised to these particular community-dwelling age cohorts in Jyväskylä and very probably to other similar urban populations in Finland.

The aim of the study described in this report was to find out whether the new cohort of persons aged 65–69 differs from the two earlier cohorts studied 16 and 8 years previously. The hypothesis was that an eight-year gap in birth times is a relatively short period and unlikely to produce significant differences, but that cohort differences will intensify when the 65–69-year-old cohorts born at a 16-year interval are compared with each other, and that these differences will generally be in a favourable direction.

Observations concerning *socio-economic status* showed that the situation of Jyväskylä residents aged 65–69 improved over the 16-year period. Individual and family net income increased in both genders, with men continuing to earn more than women. Perceived financial status also improved from the earlier towards more recent cohorts. Furthermore, educational level was found to have continued to rise, particularly among women. The proportion of female widows had continued to decline in step with lowered male mortality. The proportion of people with access to a car had increased from around two-thirds of men and just over one-third of women in 1988 to more than 90% of men and almost 60% of women in 2004. No significant differences were seen between the cohorts in the number of people living alone. With respect to type of housing, the figures showed that the proportion of people living in terraced or semi-detached houses had increased.

As for *health status*, no significant differences were seen between the age cohorts in terms of the occurrence of chronic diseases and symptoms affecting everyday life. The number of both men and women taking no medication decreased significantly, while the use of vitamins and trace elements had increased particularly in the last cohort. One of the factors lying behind the increased use of prescription drugs is no doubt the growth of preventive medication. The increase in pulmonary diseases among women was reflected in an increased use of medication. In men the number of musculoskeletal diseases showed a tendency to decline, which in turn was seen in a significant decrease in the use of painkillers and anti-inflammatory and anti-rheumatic drugs. On the other hand the more recent cohorts showed improved perceived health and self-reported functional capacity. The number of people reporting poor self-perceived health decreased and the number of those who said their health was good or very good increased, particularly among men, when proceeding from the earlier to more recent cohorts. Likewise, more recent cohorts reported somewhat fewer constraints and limitations imposed by health problems on leisure activities. In particular, difficulties in mobility functions requiring physical exertion had significantly decreased. Overall the differences seen between the three cohorts are indicative of positive trends in development, especially in terms of functional capacity and self-rated health. The picture is more mixed with regard to the occurrence of diseases, as some diseases have increased while others have decreased. There are several underlying reasons, such as advances in medicine, the increased use of health services, partly

contradictory lifestyle trends (e.g. increased smoking among women), improving living conditions and changes in the workplace and occupational health services. All this amounts to a dynamic process involving various dimensions and underlying factors that are hard to predict. If favourable trends observed continue to head in the same direction, at least younger pensioners can look ahead to improved prospects for independent coping, an active way of life and a better overall quality of life.

Another area addressed in the study was *the use of social and health services and satisfaction with community services*. There were no significant cohort differences in the proportion of people who had been to see a doctor, although the figures had increased somewhat, but the proportion of people visiting nurses had increased sharply from one cohort to the next. The use of laboratory services also showed a tendency to increase. Visits to the dentist had also increased significantly from the first to the most recent cohort. The use of physiotherapy services, on the other hand, had decreased. Among men admissions to central hospital bed wards had decreased significantly, among women the figures had gone up. There were no significant cohort differences in the use of private medical services. In all cohorts some two-thirds felt they had received adequate care and treatment for their symptoms and illnesses. Among men some 5% and among women around 10% felt they had not received sufficient care and treatment. The use of home care services was at a very low level and decreasing. The health and functional capacity of the age cohort concerned are showing a tendency to improve and at the same time the use of health services has increased. The results are open to different interpretations: the improvements seen in health and functional capacity may at least in part be explained by the increased use of services, but on the other hand the increased use of services may also reflect the improvement in living conditions, the increased availability of services and the higher level of health consciousness in older people.

*Mental well-being* was studied by charting experiences of loneliness and anxiety and depressiveness in the target groups. No significant differences were seen between the cohorts regarding experiences of loneliness, although the numbers reporting that they felt rather or very lonely did decrease in the most recent cohorts. The cohorts did not differ significantly in terms of experiences of anxiety, either. About one-fifth of women experienced at least mild anxiety in all cohorts; among men the corresponding proportion was just over ten per cent. Women in the more recent cohorts reported less depressiveness than those in the 1988 cohort. It is noteworthy that women who had experienced more warmth and security in their childhood environment had lower depressiveness scores than women who had experiences of a lack of warmth and security in their formative environment.

*Social relations and their functioning* were studied on the basis of the number of children, grandchildren, friends, confidants and caretakers; the frequency of seeing one's children and grandchildren; and perceptions of the adequacy of these contacts. In the more recent cohorts the number of children was lower than in the 1988 cohort, but the number of grandchildren was roughly the same in all cohorts. The frequency of seeing one's

children and grandchildren had decreased in the most recent cohort, and the number of contacts was considered inadequate. Children were less often described as one's closest person, while the significance of other relatives in this respect had increased. In the respondents' own assessment the number of people who could look after them if they were to need help, had increased in the most recent cohort. The proportion of respondents who said they did not have a single person who would look after them dropped by one-half from 1988 to 2004, but the number of women in this category was still twice as high (at around 17%) as among men. A question was also included in the survey to measure how often and in how many different everyday tasks the respondents helped some other person. Giving help had increased highly significantly in both men and women. The proportion of respondents indicating that they gave no help at all was the lowest in the 2004 cohort, both among men (24%) and among women (33%). It seems then that people have more friends than before and that social support is provided more readily than before, but the numbers who felt they met their offspring often enough had decreased in the more recent cohorts.

*Leisure activities* were studied by asking the respondents about their participation in arts activities, voluntary associations and church activities, handicrafts, reading books and magazines, studying, travel, and listening to the radio and watching television. Furthermore, questions were included to obtain information on changes in leisure activities since retirement and on the reasons for these changes. There were only very few significant differences in the rate of involvement in various leisure activities between the cohorts. Listening to the radio had decreased to some extent, while passive arts activities, foreign travel, studying and reading books (among women) had increased somewhat in the more recent cohorts. However, both men and women reported a significant increase in leisure activities after retirement, especially in the most recent cohort. The results suggest that upon retirement, people aged 65–69 are somewhat more active and take part in a wider range of leisure activities than people of the same age used to earlier.

*Physical exercise* was investigated by means of questions concerning the frequency, intensity and types of exercise. Walking and doing gymnastics at home were the most common forms of physical exercise in all three cohorts. The frequency and intensity of physical exercise had increased in the most recent cohort when compared to the two previous ones. In the most recent cohort the respondents who had reduced physical capacity took part in supervised activities more often than the corresponding persons in the earlier cohorts. Most respondents considered physical exercise extremely important, and there were no significant differences in this respect between the three cohorts. Health-related reasons were both the most important motivation for taking physical exercise and the most important obstacle to participation in all three cohort groups. The role of health as a motivator for physical exercise was greatest in the most recent cohort. Lack of interest was the most common obstacle to participation in supervised physical exercise; this factor was mentioned by around one-quarter of the respondents in all cohorts. It is important that this culture of physical exercise continues to gather strength in older

people: this is crucial to efforts to promote an active way of life and to improve the quality of life in the population of retirement age.

*Cognitive functions* were studied by using the Mini-D test as a measure of general cognitive capacity and by self-assessments of the level of and changes in memory, learning capacity and mental agility as well as memory problems. The results for the Mini-D test showed no significant differences either between the cohorts or between men and women. More recent cohorts and especially women in these cohorts tended to show a somewhat more positive attitude towards their own capacities as compared to the earliest cohort. Memory problems were reported only infrequently, and least often in the most recent cohort. Since cognitive capacity correlates significantly with level of education, it is reasonable to assume that the level of cognitive performance in Finnish people over 65 will continue to rise in the 21st century as the impacts of the comprehensive school reform and the subsequent development of secondary and tertiary education begin to filter through and show up in older people.

*Age identification* among the respondents was studied with questions concerning perceived age and ideal age, the responses to which were also examined against calendar age. Furthermore, the respondents were asked whether they felt age weighing on them and at what age this feeling had started. The three cohorts did not differ from one another in terms of their age identification. The mean perceived age was 5–7 years lower than calendar age. Men and women differed significantly in terms of their ideal age: in the female cohorts the mean ideal ages (55–58 years) were closer to their current calendar age than the mean ideal ages of men (48–52 years). Two in three interviewees reported that age had not yet started to weigh on them. One-third said that the age at which this sense had started was between ages 56 and 62. This result may at least in part be related to people's conceptions of ageing and the onset of old age, which began significantly to change and become more harmonised in the late 1980s compared to the situation in the late 1960s, for example. It would seem, then, that current cultural factors have a greater impact on self-perceived age and ideal age than the way that questions of age identification have changed over the respondents' own life course. The finding that experiences of age are similar across three different age cohorts presents an interesting challenge for further research.

Another area covered in the interviews was *the sense of a meaning in life* and its underlying reasons, sources of strength in life for living, changes in zest for life and the meaning of death. Furthermore, the respondents completed a questionnaire on a sense of coherence in their life. Most respondents in the three cohorts felt their life was meaningful, and this sense tended to increase from the earliest cohort to the most recent. Significant others were mentioned most often as the reasons for having a sense of meaning, more often so in the more recent cohorts than in the earlier one. People close to oneself were also mentioned most often as a source of strength in life for living. The significance of health and material welfare as a source of strength in life increased from the earlier cohorts to the most recent one. Religious faith emerged as a source of strength more often among women than men,

but its significance decreased from the earlier cohorts to the most recent one. There were only minor cohort differences in zest for life, which the respondents generally had retained. No cohort differences were seen in the sense of coherence. Most respondents viewed death as an inevitable and natural part of life. All in all the cohorts showed many similarities in the various areas investigated, but there were also some differences, most notably the increased sense of meaning in life and fewer difficulties in assessing the various dimensions from the earliest to the most recent cohort. The reasons behind these changes are probably many and varied and present an interesting challenge for further research.

Overall, then, our comparisons of the 65–69-year-old cohorts born at three different times pointed at continuing favourable trends in different areas of life: in health and coping with activities of daily living, in the level of self-rated cognitive processing, in leisure activities and particularly in physical exercise and generally in an active way of life and in experiences of a meaning in life. With respect to age identification, on the other hand, no cohort differences were seen. As expected the use of community health services had increased, and the already low level of social services use had continued to decrease. If these trends continue in the future and particularly over the next few years, these changes will have a major impact among babyboomers as they reach retirement age, contributing as they will to the development of the so-called Third Age into an increasingly active stage of life characterised by a growing demand for different services and improved opportunities for participation in various activities. In the longer term this may have significant implications for the improvement of quality of life in advanced old age. Together with the cohort studies reported here, the follow-up studies under the umbrella of the Evergreen project provide useful insights into the question of how age, cohort and period influence the functional capacity, health and activity of older people.

## ***LIITTEET***



## LIITE 1: PERUSLOMAKE

### PERUSLOMAKE

Havaintotunnus \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_

Haastattelija \_\_\_\_\_

I Haastattelun kesto \_\_\_\_\_

II Haastattelun kesto \_\_\_\_\_

Haastattelujen kesto yhteensä \_\_\_\_\_

Haastateltavan numero \_\_\_\_\_

Haastateltavan syntymäaika \_\_\_\_\_

ja SOTU \_\_\_\_\_

Ikä \_\_\_\_\_

Ikäryhmä \_\_\_\_\_

Haastateltavan tarkka osoite \_\_\_\_\_

### HENKILÖTIEDOT

1. Sukupuoli
  - 1 mies
  - 2 nainen
2. Oletteko naimaton, naimisissa, avoliitossa, leski vai eronnut?
  - 1 naimaton
  - 2 naimisissa
  - 3 avoliitossa
  - 4 leski
  - 5 eronnut
3. (jos 2 = 2) Minä vuonna solmitte nykyisen avioliittonne? \_\_\_\_\_
4. (jos 2 = 3) Minä vuonna menitte avoliittoon \_\_\_\_\_
201. (jos 2 = 2 tai 3) Minkä ikäinen avio/avopuolisonne on? \_\_\_\_\_
5. (jos 2 = 4) Minä vuonna puolisonne on kuollut? \_\_\_\_\_
6. (jos 2 = 5) Minä vuonna olette eronnut? \_\_\_\_\_
7. Oletteko aikaisemmin ollut avoliitossa tai avoliitossa?
  - 0 ei
  - 1 kyllä                      Montako kertaa? \_\_\_\_\_
8. Elävätkö vanhempanne?
 

	kyllä	ei
– äiti	1	0
– isä	1	0
202. Mitkä ovat/olivat vanhempienne eliniät?
  - äidin elinikä \_\_\_\_\_
  - isän elinikä \_\_\_\_\_
9. Kuinka monta lasta Teillä on? \_\_\_\_\_ lasta
10. Kuinka monta elossa olevaa lasta teillä on? \_\_\_\_\_ lasta



203. Minkä ikäinen on nuorin lapsenne \_\_\_\_\_ vuotta
11. Kuinka monta lastenlasta teillä on? \_\_\_\_\_ lastenlasta
204. Minkä ikäinen on vanhin lapsenlapsenne? \_\_\_\_\_ vuotta.
12. Onko Teillä lastenlasten lapsia?  
0 ei  
1 kyllä

## KASVUYMPÄRISTÖ JA KOULUTUS

13. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa parhaiten lapsuudenaikaista perhettänne?  
(Valitkaa vaihtoehtoista vain yksi)  
1 työläisperhe  
2 maaseudun tilaton perhe (mäkitupalais-, torppari- tai loisperhe)  
3 pienviljelijäperhe (ei tule toimeen pelkästään maanviljelyllä)  
4 maanviljelijäperhe  
5 käsityöläisperhe tai yrittäjäperhe (esim. kauppiasperhe)  
6 virkamiesperhe  
7 muu, mikä \_\_\_\_\_
14. Oliko kasvu ympäristönne lämmin ja turvallinen?  
1 lämmin ja turvallinen  
2 vaikea sanoa  
3 ei lämmin eikä turvallinen
15. Oletteko menettänyt lapsuudessanne (0-15-vuotiaana) jomman kumman tai molemmat vanhemmistanne?  
1 en ole  
2 kyllä, äidin minkä ikäisenä \_\_\_\_\_  
3 kyllä, isän minkä ikäisenä \_\_\_\_\_
16. Minkä ikäisenä lähditte kotoa? \_\_\_\_\_
17. Paljonko teillä oli kotona olevia sisaruksia mukaan lukien kotona asuneet sisar/velipuolet?  
veljiä \_\_\_\_\_ sisaria \_\_\_\_\_
18. Montako elossa olevaa siskoa tai veljeä teillä on?  
\_\_\_\_\_ veljeä \_\_\_\_\_ siskoa
207. Minkä ikäinen on sisaruksistanne se, johon Teillä on läheisin tunnesuhde?  
\_\_\_\_\_ vuotias
208. Onko hän  
1. mies  
2. nainen

- 
19. Mikä on peruskoulutuksenne?  
1 vähemmän kuin kansakoulu (kiertokoulu, valmistava koulu)  
2 kansakoulu, jatkokoulu \_\_\_\_\_ vuotta  
3 keskikoulu  
4 ylioppilas
20. Oletteko joutuneet jättämään koulunkäynnin kesken?  
0 en                      1 kyllä  
jos kyllä, niin milloin ja miksi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
21. Oletteko aikuisiässä joutunut luopumaan opiskelusta?  
0 en  
1 kyllä  
jos kyllä, niin milloin ja miksi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. Onko Teillä ammatillista koulutusta?  
0 ei koulutusta  
1 ammattikoulu tai -kurssi, oppisopimuskoulutus  
2 opistotaso (myös teknillinen koulu)  
3 korkeakoulutaso
23. Onko Teillä peruskoulutuksen jälkeen mitään yleissivistävää koulutusta?  
0 ei  
1 kyllä
24. Ottaen huomioon kaiken saamanne koulutuksen, kuinka  
monta vuotta yhteensä olette saanut koulutusta  
\_\_\_\_\_ vuotta
25. Missä työssä tai ammatissa olette ollut pisimpään elämänne aikana?  
\_\_\_\_\_
26. Missä työssä tai ammatissa toimitte viimeksi ennen eläkkeelle  
jääntiänne? \_\_\_\_\_
27. Minkä ikäisenä jätite eläkkeelle? \_\_\_\_\_
28. Kun jätite eläkkeelle, oliko kyseessä?  
1 vanhuuseläke (sisältää kansaneläkkeen ja työeläkkeen)  
2 varhaiseläke  
3 sairaus- tai työkyvyttömyyseläke  
4 muu, mikä? \_\_\_\_\_
29. Oletteko ollut ansiotyössä eläkkeelle jäännin jälkeen?  
0 ei  
1 kyllä

**ELIN- JA ASUINOLOT**

30. Millaiseksi koette taloudellisen tilanteenne tällä hetkellä?  
1 erittäin hyväksi  
2 melko hyväksi  
3 tyydyttäväksi  
4 melko huonoksi  
5 erittäin huonoksi
31. Kuinka suuret ovat käytettävissänne olevat omat nettotulonne eli käteenne jäävät tulot kuukaudessa (20 €:n tarkkuudella)? \_\_\_\_\_ €
32. Kuinka suuret ovat talouteenne tulevat nettotulot kuukaudessa? \_\_\_\_\_ €
210. Mikä on pääasiallinen asumismuotonne?  
1 tavallisessa yksityisasunnossa itsenäisesti (ilman virallista apua)  
2 vanhustentalossa itsenäisesti (ilman virallista apua)  
3 tavallisessa yksityisasunnossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin  
4 vanhustentalossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin  
5 pienkoti/palvelukoti/palvelutalo  
6 vanhainkoti  
7 sairaala  
8 muu, mikä? \_\_\_\_\_
211. Asunto on  
1 omakotitalo  
2 rivitalo tai paritalo  
3 kerrostalo, \_\_\_\_\_kerros
266. Jos asunto on kerrostalossa, onko hissi käytettävissä?  
0 ei  
1 kyllä
267. Onko talossa ulkoportaita, joita joudutte käyttämään?  
0 ei  
1 kyllä
268. Onko asunnossanne tasoeroja tai sisäportaita, joita joudutte käyttämään?  
0 ei  
1 kyllä
269. Onko asunnossanne korkeita kynnyksiä?  
0 ei  
1 kyllä
270. Kuinka kauan olette asunut nykyisessä asunnossanne?  
\_\_\_\_\_ vuotta
214. Kuinka monta henkilöä Teidän lisäksenne asuu samassa asunnossa? \_\_\_\_\_

## 215. Keitä nämä henkilöt ovat?

	kyllä	ei
1 puoliso	1	0
2 omat tai puolison vanhemmat	1	0
3 lapsia	1	0
4 lapsenlapsia	1	0
5 sukulaisia	1	0
6 muita, keitä?	1	0

## 271. Onko Teille sattunut täällä asuessanne tapaturmia, esimerkiksi liukastumisia, kaatumisia tai muuta vastaavaa?

- 0 ei  
1 kyllä

## 272. (jos 271 = 1) Kuinka monta kertaa? \_\_\_\_\_

216. Onko asuntoon tehty joitakin muutoksia selviytymiseen helpottamiseksi? Jos on, millaisia?

	kyllä	ei
1 kynnyksiä poistettu	1	0
2 luiskia rakennettu	1	0
3 tukikahvoja asennettu	1	
4 vuodetta korotettu	1	0
5 turvalaitteita asennettu, mitä? _____	1	0
6 muuta, mitä? _____	1	0
7 amme poistettu	1	0

## 217. Tuottavatko seuraavat tekijät hankaluuksia tai mahdollisia vaaratekijöitä asumiseen?

	kyllä	ei
1 sisäportaot tai tasoerot	1	0
2 ulkoportaot	1	0
3 kynnykset	1	0
4 kulkureittien ahtaus	1	0
5 kompastumisvaaraa aiheuttavat matot	1	0
6 huono valaistus	1	0
7 kylpyamme	1	0
8 matala wc-istuin	1	0
9 peseytymistilojen lattian liukkaus	1	0
10 perusvarustetason puutteet (esim. vesijohto/sisä-wc puuttuu)	1	0
11 asunnon rauhattomuus	1	0
12 muu, mikä? _____		

## Seuraavat kysymykset koskevat Teidän asuinaluettanne

273. Pelkäätekö jotakin liikkuessanne ulkona tällä asuinalueella?

0 en

1 kyllä

274. (jos 273 = 1) Voisittekö kertoa, mitä pelkätte ulkona liikkuessanne?

275. Estääkö tämä pelko Teitä menemästä jonnekin tai liikkumasta ulkona?

0 ei

1 kyllä

218. Tuottavatko seuraavat asuinympäristöön tai -alueeseen liittyvät tekijät hankaluuksia tai vaaratekijöitä asumiseen?

	kyllä	ei
1 asuinympäristön rauhattomuus	1	0
2 pitkä/hankala matka kauppaan tms. palvelujen luo	1	0
3 pitkä/hankala matka julkisten kulkuneuvojen luo	1	0
4 pihan vaikeakulkuisuus	1	0
5 lähimaaston vaikeakulkuisuus	1	0
6 pihan/kadun huono valaistus	1	0
7 vaaralliset risteykset	1	0
8 muu, mikä? _____	1	0

33. Onko Teillä käytössänne henkilöautoa?

0 ei

1 kyllä

34. (jos on auto) Ajatteko sitä itse?

1 kyllä

2 en, miksi ette? \_\_\_\_\_

248. Onko teillä (voimassaoleva) ajokortti?

0 ei

1 kyllä, vuodesta \_\_\_\_\_

Jos kyllä, siirry kys. 250.

249. Onko Teillä aikaisemmin ollut ajokorttia?

0 ei

1 kyllä, vuodesta \_\_\_\_\_ vuoteen \_\_\_\_\_

Jos kyllä, siirry kys. 251.

250. Kuinka usein itse ajatte autoa?

0 en koskaan

1 harvemmin kuin viikottain

2 kerran tai pari viikossa

3 päivittäin tai lähes päivittäin

251. Minä vuonna olette lakannut ajamasta autoa?  
vuonna \_\_\_\_\_
252. Miksi ette enää itse aja autoa (miksi luovuitte ajokortista)? Mitkä seuraavista syistä pitävät  
kohdallanne paikkansa?
- |  | ei | kyllä |
|--|----|-------|
| 1. terveydelliset syyt pakottivat lopettamaan ajamisen<br>(esim. näkö-, kuulo- tai liikkumisvaikeudet) | 0  | 1     |
| 2. koska olin onnettomuudessa  | 0  | 1     |
| 3. taloudelliset syyt  | 0  | 1     |
| 4. liikenne on nykyään liian vilkasta minulle  | 0  | 1     |
| 5. on vaikea löytää pysäköintipaikkaa  | 0  | 1     |
| 6. auton käsittely on minulle vaikeaa  | 0  | 1     |
| 7. pysäköiminen tuottaa minulle yhä enemmän vaikeuksia   | 0  | 1     |
| 8. voin päästä kaikkialle ja tehdä, mitä tarvitsen,ilmankin autoa                                      | 0  | 1     |
| 9. minulla on kuljettaja   | 0  | 1     |
| 10. muu syy, mikä: _____   | 0  | 1     |
253. Kuinka monta kilometriä ajatte autoa keskimäärin vuodessa;  
kuinka paljon ajoitte vuonna 2003?  
noin \_\_\_\_\_000 km  
1 alle 5000 km  
2 5000–10 000 km  
3 10 000–20 000 km  
4 yli 20 000 km
254. Ajatteko autolla talvella vähemmän, yhtä paljon vai enemmän kuin kesällä?  
1 ajan talvella vähemmän kuin kesällä  
2 ajan yhtä paljon talvella kuin kesällä  
3 ajan talvella enemmän kuin kesällä

### MINI-D

(Mini-D alkuinstruktio johdannoksi)

### TERVEYS JA TOIMINTAKYKY

Seuraavaksi kysyn teiltä terveyteenne ja toimintakykyynne liittyviä kysymyksiä.

35. Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?  
1 erittäin hyvä  
2 hyvä  
3 keskinkertainen  
4 huono  
5 erittäin huono
36. Jos vertaatte terveydentilaanne toisten tuntemienne samanikäisten terveydentilaan,  
onko oma terveytenne  
1 parempi  
2 suunnilleen samanlainen  
3 huonompi  
4 en osaa sanoa

37. Onko terveydentilanne viimeksi kuluneen vuoden aikana  
1 huonontunut  
2 pysynyt suunnilleen ennallaan  
3 parantunut
38. Onko teillä tällä hetkellä jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus (yli 3 kk kestänyt) tai vamma?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
39. Mikä on pahiten jokapäiväistä elämäännne häiritsevä ja vaikeuttava sairaus tai vamma?  
1 \_\_\_\_\_  
2 ei sairautta tai vammaa  
3 on sairaus, mutta ei häiritse
40. Rajoittavatko terveysongelmat teitä harrastamasta sitä mitä haluaisitte harrastaa?  
1 erittäin paljon  
2 paljon  
3 jonkin verran  
4 vähän  
5 ei ollenkaan
41. Oletteko huolissanne terveydentilastanne ja sen tulevasta kehityksestä ja jos olette, kuinka paljon?  
1 erittäin paljon  
2 paljon  
3 jonkin verran  
4 vähän  
5 en ollenkaan
42. Onko teillä ollut kahden viimeksi kuluneen viikon aikana joitakin päivittäistä arkielämäännne häiritseviä oireita tai vaivoja?  
0 ei  
1 kyllä. Mikä tai mitkä? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
221. Onko teillä jokin näköä haittaava silmäsairaus?  
0 ei  
1 kyllä, mikä tai mitkä \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

222. Oletteko kaatunut viimeksi kuluneen vuoden aikana?

0 ei

1 kyllä

Jos kyllä, kuinka moni kaatuminen sattui

sisällä? \_\_\_\_\_ kertaa

ulkona? \_\_\_\_\_ kertaa

223. Onko Teillä ollut viime vuosina hoitoa vaatineita (lääkärissä käynti tai sairaalahoido) kaatumistapaturmia?

0 ei

1 kyllä

Jos kyllä, kuinka monta kertaa yhteensä? \_\_\_\_\_ kertaa

Seuraavilla kysymyksillä pyritään selvittämään onko Teillä virtsaamiseen tai vatsantoimintaan liittyviä ongelmia.

43. Esiintyykö Teillä virtsan karkailua?

0 ei

1 kyllä silloin tällöin

2 kyllä, päivittäin

3 kyllä, useita kertoja päivässä

44. Jos Teillä on virtsan karkailua, missä määrin se haittaa elämäännne?

0 ei juuri haittaa

1 haittaa joskus

2 haittaa paljon

45. Onko Teillä ummetusta?

0 ei

1 kyllä

46. Kuinka usein ulostatte?

1 kerran viikossa tai harvemmin

2 muutamia kertoja viikossa

3 päivittäin

47. Käytättekö ulostuslääkkeitä?

1 päivittäin

2 useita kertoja viikossa

3 kerran viikossa

4 silloin tällöin

5 ei lainkaan

48. Jos käytätte ulostuslääkkeitä, onko kysymyksessä?

	1	0
	kyllä	ei
1 jauheet, rakeet, nesteet	_____	_____
2 tabletit	_____	_____
3 peräpuikot	_____	_____
4 peräruiskeet	_____	_____



49. Käyttätkö tällä hetkellä reseptilääkkeitä (lääkärin määräämiä lääkkeitä)?

0 en

1 kyllä

50. Jos kyllä, mitä? (lääkkeiden nimet) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. Oletteko käyttänyt eilen tai toissapäivänä reseptivapaita lääkkeitä?  
(sellaisia joita lääkäri ei ole määrännyt)

0 en

1 kyllä

52. Jos kyllä, mitä? (lääkkeiden nimet)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

53. Käyttätkö tällä hetkellä mitään vitamiini- tai  
hivenainevalmistetta?

0 ei

1 \_\_\_\_\_ kpl erilaisia valmisteita

Seuraavaksi esitän teille joitakin elintapoihinne liittyviä  
kysymyksiä.

54. Kuinka monta kupillista kahvia tai teetä juotte tavallisesti päivässä?

Kahvia \_\_\_\_\_ kupillista

Teetä \_\_\_\_\_ kupillista

Yhteensä \_\_\_\_\_ kupillista

55. Oletteko koskaan tupakoinut säännöllisesti?

0 en

1 kyllä

Jos olette tupakoinut, montako vuotta säännöllisesti?

\_\_\_\_\_ v.

57. Tupakoitteko nykyään?

0 en

1 kyllä

58. Jos tupakoitte nykyisin, mikä seuraavista vaihtoehtoista vastaa nykyistä tilannetta?

1 Tupakoin päivittäin \_\_\_\_\_ savuketta, piipullista tai sikaria

2 Tupakoin kerran viikossa tai useammin, en kuitenkaan päivittäin

59. Kuinka usein tavallisesti nautitte alkoholijuomia?  
1 päivittäin  
2 2–3 kertaa viikossa  
3 kerran viikossa  
4 2–3 kertaa kuukaudessa  
5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin  
0 en lainkaan
60. Montako lasillista (tavallista ravintola-annosta) tai pullollista olette juonut edellisen viikon (viimeiset 7 vrk) aikana? (Ellei ole juonut, merkitään 0)  
1 Olutta tai (IV A tai III) tai Long-drink juomia \_\_\_\_\_ pullollista  
2 Väkevää alkoholia \_\_\_\_\_ ravintola-annosta (lasillista)  
3 Viiniä tai vastaavaa \_\_\_\_\_ lasillista

Seuraavaksi kysyn teiltä nukkumista ja heräämistä koskevia kysymyksiä.

61. Kuinka monta tuntia nukutte keskimäärin öisin?  
Nukun keskimäärin noin \_\_\_\_\_ tuntia yössä
62. Nukutteko yleensä päivisin? Jos kyllä, montako tuntia keskimäärin? \_\_\_\_\_ tuntia
63. Milloin käytte tavallisesti nukkumaan (esim. klo 23.00–23.30)  
klo \_\_\_\_\_
64. Mihin aikaan yleensä heräätte?  
klo \_\_\_\_\_

Seuraavaksi esitän teille joukon omaan toimintakykyynne tai kuntoonne liittyviä kysymyksiä.

65. Onko toimintakykyynne tai kuntonne yleisesti tällä hetkellä mielestänne?  
1 erittäin hyvä  
2 hyvä  
3 keskinkertainen  
4 huono  
5 erittäin huono
66. Jos vertaatte omaa toimintakykyänne toisten tuntemienne samanikäisten henkilöiden toimintakykyyn, onko oma toimintakykyynne mielestänne  
1 huomattavasti parempi  
2 hieman parempi  
3 suunnilleen samanlainen  
4 hieman huonompi  
5 huomattavasti huonompi  
6 en osaa sanoa

Seuraavien kysymysten tarkoituksena on selvittää sitä, miten selviydytte erilaisista ruumiillista ponnistelua vaativista toiminnoista.

	1 Kyllä ilman vaikeuksia	2 Kyllä mutta vaikeuksia	3 En osaa sanoa	4 En osaa tehdä
67. Pystytkö nousemaan portaita välillä levähtämättä yhden kerrosvälän?	—	—	—	—
68. Pystytkö kävelemään yhtäjaksoisesti vähintään 2 km?	—	—	—	—
69. Pystytkö juoksemaan ainakin 100 metriä?	—	—	—	—
70. Pystytkö nostamaan n. 10 kg painavan taakan (esim. täysinäinen vesipöytä) lattialta pöydälle?	—	—	—	—
71. Pystytkö liikkumaan metsässä (esim. keräämään marjoja tai sieniä tms.)?	—	—	—	—
72. Pystytkö ajamaan polkupyörällä vähintään 2 km?	—	—	—	—
73. Pystytkö hiihtämään vähintään 2 km?	—	—	—	—
74. Pystytkö uimaan vähintään 25 m?	—	—	—	—

Seuraavat kysymykset koskevat muistianne ja oppimiskykyänne.

75. Millaiseksi arvioitte muistinne tällä hetkellä?
- 1 erittäin hyvä
  - 2 hyvä
  - 3 tyydyttävä, kohtalainen
  - 4 huono
  - 5 erittäin huono
76. Onko muistinne muuttunut viime vuosina?
- 1 selvästi paremmaksi
  - 2 jonkin verran paremmaksi
  - 3 pysynyt samana
  - 4 jonkin verran huonommaksi
  - 5 selvästi huonommaksi

Kuinka paljon seuraavat asiat aiheuttavat teille muistamisvaikeuksia?

		ei lainkaan	jonkin verran	paljon
77.	nimet	0	1	2
78.	kasvojen tunnistaminen	0	1	2
79.	sovitut tapaamiset	0	1	2
80.	mihin olette jättänyt jonkun tavaranne (esim. avaimet)	0	1	2
81.	kun alatte tehdä jotakin unohdatte, mitä olitte tekemässä	0	1	2
82.	unohdatte keskustelun aikana, mitä teidän piti sanoa	0	1	2
83.	Millaiseksi arvioitte uusien asioiden oppimiskykynne tällä hetkellä? 1 erittäin hyvä 2 hyvä 3 tyydyttävä, kohtalainen 4 huono 5 erittäin huono			
84.	Onko uusien asioiden oppimiskykynne muuttunut viime vuosina ja mihin suuntaan? 1 selvästi paremmaksi 2 jonkin verran paremmaksi 3 pysynyt samana 4 jonkin verran huonommaksi 5 selvästi huonommaksi			
85.	Millaisena pidätte henkistä vireyttänne tällä hetkellä? 1 erittäin hyvä 2 hyvä 3 kohtalainen, tyydyttävä 4 huono 5 erittäin huono			
86.	Onko henkinen vireytenne muuttunut viimeisen vuoden aikana parempaan vai huonompaan suuntaan? 1 selvästi parempaan 2 jonkin verran parempaan 3 pysynyt samana 4 jonkin verran huonompaan 5 selvästi huonompaan			
87.	Onko Teillä vielä halua ja voimia aloittaa jotakin uutta elämässänne? 0 ei 1 kyllä, mitä _____ _____			
225.	Onko muistivaikeuksista haittaa arkielämässänne? 0 ei 1 jonkin verran 2 paljon			

## SOSIAALISET SUHTEET JA NIIDEN TOIMIVUUS

Seuraavaksi kysyn teiltä joitakin läheisiä ihmissuhteitanne ja tuttavapiiriänne koskevia kysymyksiä

88. Kuinka monta sellaista ihmistä tunnette, joiden kanssa voitte jakaa murheenne, ja jotka välittävät Teistä, kun Teillä on vaikeuksia?
- 0 en yhtään
  - 1 yhden ihmisen
  - 2 2–3 ihmistä
  - 3 enemmän kuin kolme
89. Kuinka monta sellaista ihmistä tunnette, jotka voivat huolehtia Teistä niin pitkään kuin on tarpeen esimerkiksi sairautenne vuoksi?
- 0 en yhtään
  - 1 yhden ihmisen
  - 2 2–3 ihmistä
  - 3 enemmän kuin kolme
90. Kuka on Teille tällä hetkellä kaikkein läheisin henkilö?
- 
91. Kuinka suuri on tuttavapiirinne eli ihmiset, joita tapaatte kutakuinkin säännöllisesti (mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaruksia eikä vanhempia)
- 0 en tapaa ketään säännöllisesti
  - 1 1–2 henkilöä
  - 2 3–5 henkilöä
  - 3 6–10 henkilöä
  - 4 enemmän kuin 10 henkilöä
92. Kuinka monta hyvää läheistä ystävää Teillä mielestänne on?(mukaan ei lasketa puolisoa, lapsia, lastenlapsia, sisaria eikä veljiä)
- 
276. Onko Teillä parhaillaan tai onko Teillä ollut sellaista läheistä ystävyssuhdetta, joka on jatkunut lähes koko aikuisikännne? (mukaan ei lasketa puolisoa)
- 0 ei ole
  - 1 on
  - 2 on ollut
93. Kuinka monta uutta ystävyssuhdetta olette solminut kahden viime vuoden aikana?
- 
94. Mikä seuraavista toteamuksista kuvaa parhaiten suhdettanne naapureihin?
- 1 autamme toisiamme aina tarvittaessa
  - 2 vierailemme usein toistemme luona
  - 3 naapuruussuhteet ovat hyvät, mutta vierailemme harvoin toistemme luona
  - 4 juttelemme ja tervehdimme toisiamme, mutta emme vieraile toistemme luona
  - 5 emme ole tekemisissä toistemme kanssa

95. Autatteko itse jotakuta: sukulaista/naapuria/ystävää/puolisoa joissakin seuraavista askareista?

	en	kyllä	jos kyllä, ketä	kuinka usein
1 ruuanlaitto	_____	_____	_____	_____
2 ostoksilla käynti	_____	_____	_____	_____
3 lasten hoito	_____	_____	_____	_____
4 siivous	_____	_____	_____	_____
5 kävelyllä käynnit	_____	_____	_____	_____
6 pyykinpesu	_____	_____	_____	_____
7 asiointi pankissa/ postissa	_____	_____	_____	_____
8 muu, mikä? _____	_____	_____	_____	_____

Seuraavilla kysymyksillä haluamme selvittää oletteko tai oletteko kokenut elämässänne yksinäisyyttä.

96. Oletteko mielestänne yksinäinen?  
 0 en ole mielestäni yksinäinen  
 1 olen yksinäinen silloin tällöin  
 2 olen aika yksinäinen  
 3 olen hyvin yksinäinen
97. Ajatellessanne elämäännä ja sen aikana mahdollisesti kokemaanne yksinäisyyttä, mikä seuraavista vaihtoehtoista parhaiten kuvaa Teitä itseänne?  
 0 en ole juurikaan kokenut yksinäisyyttä  
 1 elämässäni on ollut joitakin yksinäisiä vaiheita  
 2 olen koko elämäni ajan tuntenut itseni yksinäiseksi
98. Ajatellessanne elämäännä eri ikäisenä missä ikävaiheessa sanoisitte olleenne yksinäisin?  
 0 en ole ollut yksinäinen  
 1 lapsuudessa  
 2 nuoruudessa  
 3 nuorena aikuisena  
 4 keski-ikässä  
 5 nyt vanhemmalla iällä
99. Osaatteko sanoa, mikä on ollut Teille eniten yksinäisyyttä aiheuttava asia tai tapahtuma elämänne aikana?  
 0 ei ole ollut  
 1 en osaa sanoa  
 2 kyllä, mikä? \_\_\_\_\_
100. Tunnetteko olonne turvalliseksi kotona?  
 0 en  
 1 kyllä
101. Ellette tunne oloanne turvalliseksi kotona, mitä pelkäätte?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

102. Oletteko joutunut eläkeikäisenä pahoinpitelyn tai väkivallan kohteeksi?  
0 en  
1 kyllä

103. Oletteko joutunut eläkeikäisenä taloudellisen painostuksen kohteeksi?  
0 en  
1 kyllä

Seuraavaksi kysyn Teiltä Teille läheisiin ihmissuhteisiin liittyviä kysymyksiä.

104. Onko Teillä tällä hetkellä puolisoa tai vakinaista seurustelukumppania?  
0 ei  
1 kyllä

105. Millaiseksi kuvaisitte tunnesuhteenne puolisoonne, seurustelukumppaniinne?  
0 ei ole puolisoa eikä seurustelukumppania  
1 lämmin ja läheinen  
2 aika läheinen  
3 ei etäinen eikä läheinen  
4 hiukan etäinen  
5 hyvin etäinen

106. Miten usein tapaatte lapsianne?  
0 minulla ei ole lapsia  
1 päivittäin  
2 viikottain  
3 kerran pari kuukaudessa  
4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa

107. Tapaatteko lapsianne mielestänne riittävästi?  
0 ei ole lapsia  
1 tapaan heitä riittävästi  
2 haluaisin tavata heitä useammin

108. Miten usein keskimäärin tapaatte lastenlapsianne?  
0 minulla ei ole lastenlapsia  
1 päivittäin  
2 viikottain  
3 kerran pari kuukaudessa  
4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa

109. Haluaisitteko tavata lastenlapsianne nykyistä useammin?  
0 ei ole lastenlapsia  
1 tapaan heitä riittävästi  
2 haluaisin tavata heitä nykyistä useammin

110. Asuuko joku lapsistanne samalla paikkakunnalla kuin Te itse?  
0 ei ole lapsia  
1 kyllä  
2 ei

111. Oletteko jollain tavoin auttanut tai tukenut lapsianne tai lastenlapsianne viimeisen viiden vuoden aikana?  
0 en ole tukenut millään tavoin  
1 taloudellisesti  
2 muulla tavoin, miten \_\_\_\_\_
112. Ovatko lapsenne tai lapsenlapsenne tukeneet tai auttaneet Teitä viimeisen viiden vuoden aikana?  
0 eivät ole tukeneet millään tavoin  
1 taloudellisesti  
2 muulla tavoin, miten \_\_\_\_\_
113. Saatteko mielestänne riittävästi läheisyyttä ja hellyyttä tällä hetkellä?  
1 kyllä  
2 en  
3 en osaa sanoa
114. Onko Teillä tällä hetkellä sukupuolielämää?  
0 ei  
1 kyllä  
Jos 0, siirry kys. 116
115. Millaiseksi arvioitte oman sukupuolielämänsä nykyisin?  
1 hyvin tyydyttävänä  
2 melko tyydyttävänä  
3 ei tyydyttävänä eikä epätydyttävänä  
4 melko epätydyttävänä  
5 hyvin epätydyttävänä
116. Onko läheisten ihmissuhteiden tärkeys (merkitys) mielestänne vanhetessanne?  
1 kasvanut  
2 pysynyt ennallaan  
3 vähentynyt jonkin verran  
4 vähentynyt selvästi
117. Kuinka helppoa tai vaikeaa Teidän on tulla toimeen ihmisten kanssa?  
1 hyvin helppoa  
2 helppoa  
3 ei helppoa eikä vaikeata  
4 vaikeata  
5 hyvin vaikeata
118. Onko Teidän nyt vanhempana helpompaa, yhtä helppoa vai vaikeampaa tulla ihmisten kanssa toimeen kuin ennen?  
1 helpompaa  
2 yhtä helppoa tai yhtä vaikeata kuin ennen  
3 vaikeampaa kuin ennen
119. Kirjoitatteko kirjeitä tai postikortteja omaisille tai ystäville?  
0 en koskaan  
1 joskus  
2 usein



120. Saatteko kirjeitä tai postikortteja omaisilta tai ystäviltä?  
0 en koskaan  
1 joskus  
2 usein
121. Onko Teillä tällä hetkellä kotona jokin lemmikkieläin?  
0 ei  
1 kyllä  
jos kyllä, mikä/mitä \_\_\_\_\_

## IKÄIDENTIFIKAATIO

### Miettikääpä rauhassa seuraavaa kysymystä

122. Minkä ikäiseksi koette itsenne? (viiden vuoden tarkkuudella)  
\_\_\_\_\_ vuotiaaksi
- Minkä ikäiseltä mielestänne näytätte? (viiden vuoden tarkkuudella)  
\_\_\_\_\_ vuotiaalta
123. Tunnetteko itsenne henkisesti  
1 nuoremaksi  
2 yhtä vanhaksi  
3 tai vanhemmaksi kuin olette
124. Tunnetteko itsenne fyysisesti (ruumiillisesti)  
1 nuoremaksi  
2 yhtä vanhaksi  
3 vanhemmaksi kuin olette
125. Minkä ikäinen haluaisitte mieluiten olla? (viiden vuoden tarkkuudella)  
\_\_\_\_\_
126. Onko ikä alkanut painaa Teitä?  
0 ikä ei ole alkanut painaa lainkaan  
1 \_\_\_\_\_ ikäisenä
127. Minkä ikäisenä mielestänne vanhuus alkaa keskimäärin?  
\_\_\_\_\_ vuotiaana
133. Haluaisitteko elää 100-vuotiaaksi?  
0 en  
1 kyllä

### TÄHÄN VÄLIIN BECK

## ELÄMÄN TARKOITUKSELLISUUS

Seuraavassa on muutamia kysymyksiä elämän tarkoituksellisuudesta ja kuolemasta. Vastatkaa niihin sillä tavalla, miten itse koette.

128. Mitä kuolema Teille merkitsee?

1 pelkoa

2 vapautusta kärsimyksistä

3 kaiken loppumista

4 välttämätöntä, luonnollista asiaa

5 toivoa uudesta elämästä

6 jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

129. Kuinka tarkoitukselliseksi koette elämäenne nykyisin?

(Mikä seuraavista vaihtoehtoista sopii itseenne parhaiten?)

1 erittäin tarkoitukselliseksi

2 tarkoitukselliseksi

3 ei tarkoitukselliseksi eikä tarkoituksettomaksi (vaikea sanoa)

4 tarkoituksettomaksi

5 erittäin tarkoituksettomaksi

Osaisitteko sanoa mistä se johtuu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

130. Mikä antaa Teille elämässänne voimia?

\_\_\_\_\_

131. Oletteko eläkkeellä ollessanne löytänyt jonkin toiminta-alueen, joka mielestänne tuo tarkoitusta tai sisältöä elämäännne?

0 en

1 kyllä

jos kyllä, niin millaisen? \_\_\_\_\_

132. Onko elämänhalunne viime aikoina muuttunut ja mihin suuntaan?

1 selvästi lisääntynyt

2 jonkin verran lisääntynyt

3 pysynyt samana

4 jonkin verran vähentynyt

5 selvästi vähentynyt

**HARRASTUSTOIMINTAA KOSKEVAT KYSYMYKSET**

Seuraavaksi kysyn Teiltä vielä joitakin harrastuksianne koskevia kysymyksiä.

134. Soitatteko, maalaatteko, laulatteko esim. kuorossa (aktiiviset taideharrastukset)?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
135. Käyttekö konserteissa, teatterissa, elokuvissa, taidenäyttelyissä (passiiviset taideharrastukset)?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
136. Osallistutteko järjestötoimintaan (jäsenenä)?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
137. Osallistutteko seurakunnan toimintaan?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
138. Harrastatteko käsitöitä?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
139. Montako kirjaa luitte viimeksi kuluneen vuoden aikana?  
noin \_\_\_\_\_ kirjaa
140. Luetteko aikakauslehtiä?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
141. Luetteko sanomalehtiä?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti
142. Onko Teillä vielä joitakin muita harrastuksia?  
0 ei  
1 kyllä, mitä? \_\_\_\_\_
143. Opiskeletteko jotain?  
0 en  
1 satunnaisesti  
2 säännöllisesti

144. Jos opiskelette säännöllisesti, niin mitä opiskelette?  
\_\_\_\_\_
145. Jos opiskelette säännöllisesti, niin missä opiskelette?  
\_\_\_\_\_
146. Matkustatteko a) kotimaassa \_\_\_\_\_  
0 en koskaan  
1 noin kerran vuodessa tai harvemmin  
2 joitakin kertoja vuodessa  
3 noin kerran kuukaudessa  
4 noin kerran viikossa  
  
b) ulkomailla \_\_\_\_\_  
0 en koskaan  
1 noin kerran vuodessa tai harvemmin  
2 joitakin kertoja vuodessa  
3 noin kerran kuukaudessa  
4 noin kerran viikossa
147. Kuinka paljon käytätte aikaanne radion kuunteluun päivittäin (keskittynyttä kuuntelua)?  
\_\_\_\_\_
148. Kuinka paljon käytätte aikaanne television (tai videon) katseluun päivittäin (keskittynyttä seuraamista)?  
\_\_\_\_\_
149. Onko Teillä joitakin harrastuksia, joissa olette toiminut koko ikänne?  
0 ei ole sellaisia harrastuksia  
1 on
150. Jos on, niin mikä/mitkä \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
236. Oletteko opiskellut eläkkeellä oloaikanaanne Ikääntyvien yliopistossa?  
0 en  
1 kyllä, \_\_\_\_\_ lukukautta
237. Oletteko opiskellut eläkkeellä oloaikanaanne työväen- tai kansalaisopistossa?  
0 en  
1 kyllä, \_\_\_\_\_ lukukautta
238. Opiskeletteko tällä hetkellä Ikääntyvien yliopistossa?  
0 en  
1 kyllä
239. Opiskeletteko tällä hetkellä Työväen/kansalaisopistossa?  
0 en  
1 kyllä

151. Miten harrastustoimintanne on muuttunut eläkkeelle jäätyänne?

1 vähentynyt,  
miten, miltä osin? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ miksi? \_\_\_\_\_

2 pysynyt ennallaan

3 lisääntynyt,  
miten? \_\_\_\_\_  
miksi? \_\_\_\_\_

## LIIKUNTAHARRASTUS

Siirrymme liikuntaharrastustanne kuvaaviin kysymyksiin.

LH152. Mikä seuraavista kuvauksista vastaa parhaiten nykyistä liikunnanharrastustanne?

1. en liiku sen enempää kuin välttämättä on tarpeen päivittäisistä toiminnoista selviämiseksi
2. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua 1-2 kertaa viikossa
3. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua useita kertoja viikossa
4. harrastan 1–2 kertaa viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
5. harrastan useita kertoja viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
6. harrastan kuntoliikuntaa useita kertoja viikossa siten, että hikoilen ja hengästyn melko voimakkaasti liikunnan aikana
7. harrastan kilpaurheilua ja pidän yllä kuntoani säännöllisten harjoitusten avulla

LH153. Kuinka monta tuntia viikossa olette yleensä käyttänyt aikaa sellaiseen liikunnan-harrastukseen, jonka tavoitteena on kunnon tai terveyden kohentaminen (sisältää kaiken kunnon ja terveyden kohentamiseen tähtäävän liikunnan, kuten esimerkiksi kotivoimistelun, kävelyn tai muun ulkona tapahtuvan liikunnan, ohjatun liikunnan, uinnin jne.)?

viime kesänä \_\_\_\_\_ tuntia viikossa  
viime talvena \_\_\_\_\_ tuntia viikossa

LH154. Seuraavan kysymyksen tarkoituksena on selvittää, mitä liikuntalajeja harrastatte kuntonne ja terveytenne kohentamiseksi.

	1 lähes päivittäin	2 2-3 krt/vk	3 kerran viikossa	4 1-2 krt/kk	5 harvem- min kuin kerta/kk	6 en har- rasta
kävely- lenkkeily	—	—	—	—	—	—
kotivoimistelu	—	—	—	—	—	—
uinti	—	—	—	—	—	—
pyöräily	—	—	—	—	—	—
hiihto	—	—	—	—	—	—
tanssi	—	—	—	—	—	—
ohjatut liikun- taryhmät, mitä? _____	—	—	—	—	—	—
kuntosali- harjoittelu	—	—	—	—	—	—
pallopelit, mitä? _____	—	—	—	—	—	—
muuta, mitä? _____	—	—	—	—	—	—

LH246. Jos harrastatte kotivoimistelua minkä tyyppistä se on

0. en harrasta voimistelua _____			
	kertaa/ viikko	kesto/ min	yhteensä min/viikko
2. istuen hartioiden pyöritystä	—	—	—
3. taivutuksia ja venytyksiä	—	—	—
4. kuntopyöräilyä, painojen nostelua, soutulaitteella soutua	—	—	—
5. lihaskuntoharjoittelua, vatsa-, käsi-, selkä- ja jalkalihaksia	—	—	—

LH158. Pyrittekö hoitamaan jokapäiväiseen elämään liittyvät asiat (esim. ostoksilla, pankissa ja postissa käynti) liikunnallisesti aktiivisella tavalla (esim. kävellen tai pyöräillen)?

- 0 en  
1 kyllä

LH161. Kuinka monta tuntia keskimäärin olette jalkeilla päivisin (seisoma- tai kävelytyö kotona tai ulkona)?

- 1 yli 10 tuntia
- 2 6–10 tuntia
- 3 3–5 tuntia
- 4 1–2 tuntia
- 5 alle 1 tuntia
- 6 en pysty olemaan jalkeilla ollenkaan

69. Ovatko jotkut asiat esteenä liikunnan harrastamisellenne.  
Jos on mainitkaa kolme tekijää tärkeysjärjestyksessä.

---



---



---

68. Seuraavan kysymyksen tarkoitus on selvittää, miten tärkeäksi koette liikunnan harrastamisen.

- 1 pidän liikuntaa erittäin tärkeänä
- 2 pidän liikuntaa jonkin verran tärkeänä (esim. terveyden vuoksi)
- 3 en osaa sanoa
- 4 liikunta ei ole erityisen tärkeää
- 5 liikunta on mielestäni tarpeetonta ja hyödytöntä ajan tuhlausta

LH156. Millaista liikuntaa olette harrastanut elämän eri vaiheissa kunnon tai terveyden kohentamiseksi tai kilpaurheilussa?

	0 en ole harrastanut kunto- liikuntaa enkä kilpaurheilua	1 olen harrastanut sään- nöllistä kun- toliikuntaa	2 olen harrastanut kilpa- urheilua
10–19-vuotiaana	_____	_____	_____
20–39-vuotiaana	_____	_____	_____
40–64-vuotiaana	_____	_____	_____
65–74-vuotiaana	_____	_____	_____
yli 75-vuotiaana	_____	_____	_____

LH157. Harrastatteko jotakin seuraavista hyötyliikuntalajeista?

	kyllä 1	en 0
marjastus	_____	_____
sienestys	_____	_____
kalastus	_____	_____
metsästys	_____	_____

## 245. Kuinka usein teette erilaisia kotitöitä?

	kertaa/ viikko	kesto/ kerta(min)	yhteensä min/viikko
<b>Raskaat piha- ja taloustyöt</b> esim. maan muokkaus, kaiva- minen, maton piiskaus, lat- tian pesu, raskaat kunnos- tustyöt, lumityöt	_____	_____	_____
<b>Kohtalaisen raskaat piha- ja taloustyöt</b> esim. vuoteiden sijaus, imurointi, haravointi, lakaiseminen, matonkutominen	_____	_____	_____
<b>Kevyet piha- ja taloustyöt</b> esim. järjestely, silitys, ruuanlaitto, tiskaus, kevyet puutarhatyöt	_____	_____	_____

## 59. Oletteko osallistunut ohjattuun liikuntatoimintaan (esim. ohjattu kuntovoimistelu, vesivoimistelu, tms.) viimeisen vuoden aikana?

0 en

1 kyllä

(jos 59 = en, siirry kys. 63).

## 60. Mihin ohjattuun liikuntatoimintaan ja kuinka usein olette osallistunut?

Jos tiedätte kuka liikuntatoimintaa on järjestänyt, kertokaa järjestäjä kunkin lajin kohdalta.

	kuinka usein	järjestäjä- taho
vesivoimistelu	_____	_____
kuntovoimistelu	_____	_____
tanssiliikunta, (esim. kansan- tanhut, seniori- tanssi tai muu vastaava)	_____	_____
jokin muu, mikä	_____	_____

## 61. Mistä olette saanut tiedon toiminnasta?

0 ei harrasta

1 lehdestä

2 radiosta

3 terveydenhuoltohenkilöstöltä

4 vammais-, veteraani- tai eläkeläisjärjestöltä

5 tuttavien kautta

6 jostain muualta, mistä \_\_\_\_\_



62. Mitä syitä pidätte tärkeimpinä osallistumisellenne?

*Ensimmäiseksi tärkein syy*

- 0 ei harrasta
- 1 terveyden ylläpitäminen
- 2 pitää liikunnasta, elintapa
- 3 sosiaaliset syyt (seura, kaverit ym.)
- 4 psyykkiset syyt (mielenterveys, piristys, elämänhalu...)
- 5 terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo tai lähete
- 6 muu

*Toiseksi tärkein syy*

- 0 ei harrasta/ei muita syitä
- 1 terveyden ylläpitäminen
- 2 pitää liikunnasta, elintapa
- 3 sosiaaliset syyt (seura, kaverit ym.)
- 4 psyykkiset syyt (mielenterveys, piristys, elämänhalu...)
- 5 terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo tai lähete
- 6 muu
- 7 ei muita syitä

*Kolmanneksi tärkein syy*

- 0 ei harrasta/ei muita syitä
- 1 terveyden ylläpitäminen
- 2 pitää liikunnasta, elintapa
- 3 sosiaaliset syyt (seura, kaverit ym.)
- 4 psyykkiset syyt (mielenterveys, piristys, elämänhalu...)
- 5 terveydenhuoltohenkilökunnan neuvo tai lähete
- 6 muu
- 7 ei muita syitä

63. Jos ette jostain syystä ole osallistunut ohjattuun liikuntatoimintaan, oletteko kuitenkin halukas tulemaan toimintaan mukaan?

- 0 en
- 1 kyllä, mihin \_\_\_\_\_

64. Jos ette ole osallistunut ohjattuun liikuntatoimintaan, niin mainitkaa kaksi tärkeintä tekijää, jotka ovat olleet esteinä osallistumisellenne?

---

---

---

67. Oletteko saanut ohjeita liikunnan harrastamisesta joltain hoitohenkilöstöön kuuluvalta?

	1 kyllä	2 ei	3 en ole ollut yhteydessä kyseisiin henkilöihin
lääkäri	_____	_____	_____
terveydenhoitaja	_____	_____	_____
lääkintävoimistelija	_____	_____	_____
kuntohoitaja	_____	_____	_____
kotiavustaja	_____	_____	_____
joku muu, kuka	_____	_____	_____

110. Onko terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluva henkilö (lääkäri, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, kuntohoitaja) kehottanut Teitä

	0 ei	1 kyllä
1 voimistelemaan kotona (hartioiden pyörittely, ylävartalon taivuttelu tms.)	_____	_____
2 harrastamaan kävelyä tai lenkkeilyä	_____	_____
3 käymään kuntosalilla	_____	_____
4 käymään ohjatussa liikuntaryhmässä	_____	_____
5 osallistumaan muuhun liikuntaan, mihin?	_____	_____

111. Onko ko. henkilö kehottanut Teitä välttämään

	0 ei	1 kyllä
1 voimakasta rasitusta (esim. nostelua)	_____	_____
2 liikkumista kylmällä ilmalla	_____	_____
3 liikkumista kuumalla ilmalla	_____	_____
4 portaissa kävelyä	_____	_____
5 pitkiä kävelylenkkejä	_____	_____
6 liukkaalla liikkumista	_____	_____
7 kiipeämistä (tikkailla/ tuolille)	_____	_____
8 jotakin muuta liikkumisen muotoa, mitä? _____	_____	_____

**ARVIO HAASTATELTAVASTA (I Haastattelu)**

255. Tapahtuiko haastattelu kahden kesken?

1 kyllä

2 ei, läsnä oli myös \_\_\_\_\_

256. Miten haastateltava suhtautui haastatteluun yleensä?

1 erittäin myönteisesti

2 myönteisesti

3 neutraalisti

4 kielteisesti

5 erittäin kielteisesti

257. Esiintyikö haastateltavalla haastattelun kuluessa muistamisvaikeuksia tai muistikatkoksia?

1 paljon

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei lainkaan

Missä kohdin niitä esiintyi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

258. Oliko haastateltavalla ymmärtämisvaikeuksia?

1 paljon

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei lainkaan

Missä kohden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**ARVIO HAASTATELTAVASTA (II Haastattelu)**

259. Tapahtuiko haastattelu kahden kesken?

1 kyllä

2 ei, läsnä oli myös \_\_\_\_\_

260. Miten haastateltava suhtautui haastatteluun yleensä?

1 erittäin myönteisesti

2 myönteisesti

3 neutraalisti

4 kielteisesti

5 erittäin kielteisesti

261. Esiintyikö haastateltavalla haastattelun kuluessa muistamisvaikeuksia tai muistikatkoksia?

1 paljon

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei lainkaan

Missä kohdin esiintyi? \_\_\_\_\_

262. Oliko haastateltavalla ymmärtämisvaikeuksia?

1 paljon

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei ollenkaan

Missä kohden? \_\_\_\_\_

---

**TÄYTETÄÄN LOPUKSI (Koko haastattelun jälkeen)****263. HAASTATTELU TEHTY**

- 1 Kotona
- 2 Palvelutalossa
- 3 Vanhainkodissa
- 4 Sairaalassa
- 5 Muualla, missä? \_\_\_\_\_

**264. HAASTATTELUN SUORITUSTAPA**

- 1 Haastateltu tutkittavaa
- 2 Haastateltu tutkittavaa hieman avustettuna (enintään noin 10 kysymystä)
- 3 Haastateltu tutkittavaa huomattavasti avustettuna (>10 kysymystä)
- 4 Sijaishaastattelu, tiedot omaiselta/läheiseltä
- 5 Sijaishaastattelu, tiedot hoitohenkilökunnalta
- 6 Haastattelu keskeytynyt
- 7 Tutkittava kieltäytyi kokonaan, ei katotietoja
- 8 Tutkittavaa ei tavoitettu
- 9 Tutkittava kuollut

**265. KATOTIEDOT**

- 1 Tutkittavalta
- 2 Sijaishaastateltavalta

## LIITE 2: TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUT

### TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUT

Havaintotunnus \_\_\_\_\_

Päiväys \_\_\_\_\_

Haastattelija \_\_\_\_\_

Tämä osa haastattelua koskee Teidän käyttämiänne terveys-, sosiaali- ja liikuntapalveluja täällä Jyväskylässä. Aloitamme terveyspalveluista.

1. Montako kertaa olette viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt seuraavia kaupungin tarjoamia (ei yksityisiä) avoterveydenhuollon palveluja (terveyskeskus) (ei sairaala)?

Olen käynyt lääkärissä \_\_\_\_\_  
 Kotisairaanhoidaja on käynyt luonani \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt neuvolassa/terveydenhoitajan/  
 sairaanhoitajan luona \_\_\_\_\_  
 Olen ollut fysioterapiassa \_\_\_\_\_  
 (lääkintävoimistelija/kuntohoitaja \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt psykologin luona \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt laboratoriossa \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt röntgenissä \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt hammashoidossa \_\_\_\_\_  
 (sis. myös hammaslääkärin) \_\_\_\_\_  
 Lääkäri on käynyt luonani kotikäynnillä \_\_\_\_\_  
 Olen käynyt puheterapiassa \_\_\_\_\_  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

2. Jos olette käyttänyt viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana yllämainittuja terveyspalveluita, miten tyytyväinen olette ollut niihin.

	erittäin tyytyväi- nen	tyyty- väinen	vaikea sanoa	tyyty- mätön	erittäin tyytymä- mätön	en ole käyttä- nyt
Lääkäri- palveluihin	1	2	3	4	5	6
Kotisairaanhoido- palveluihin	1	2	3	4	5	6
Neuvolapalveluihin						
terv.hoit./ sair.hoit.	1	2	3	4	5	6
Fysioterapia- palveluihin	1	2	3	4	5	6
Psykologin palveluihin	1	2	3	4	5	6
Laboratorio- palveluihin	1	2	3	4	5	6
Röntgenpalvelut	1	2	3	4	5	6
Hammashuollon palveluihin	1	2	3	4	5	6

**Terveyskeskussairaaloissa toteutunut osastohoito:**

3. Oletteko ollut viime vuosina hoidossa terveyskeskuksen sairaalassa?  
(Kyllä, Pitkätatu, Mattila, Vuoristosairaala)  
0 en  
1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa  
  
(Jos vastaus en, siirry kysymykseen 7.)
4. Jos kyllä, miten usein viimeisen 12 kalenterikuukauden aikana olette ollut hoidossa  
terveyskeskuksen sairaalassa? \_\_\_\_\_ kertaa  
  
(Jos 4 = 0, siirry kysymykseen 7)
5. Montako päivää olitte viimeksi hoidossa terveyskeskuksen sairaalassa  
(viimeisen 12 kuukauden aikana)? \_\_\_\_\_ päivää
6. Kuinka tyytyväinen olitte viimeksi olleeseen hoitokertaan?  
1 erittäin tyytyväinen  
2 tyytyväinen  
3 vaikea sanoa  
4 tyytymätön  
5 erittäin tyytymätön

**Keskussairaalan vuodeosastohoito:**

7. Oletteko ollut keskussairaalan osastolla, sädesairaalan tai Kinkomaan sairaalan osastoilla  
hoidettavana viimeisten 12 kuukauden aikana?  
  
0 en  
1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa  
  
(Jos 7 = en, siirry kysymykseen 101.)
8. Miten monta vuorokautta yhteensä olette ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana  
edellä mainituissa sairaaloissa (keskus-, säde- tai Kinkomaan sairaala) hoidettavana?  
\_\_\_\_\_ vrk
9. Olitteko tyytyväinen hoitoon?  
1 erittäin tyytyväinen  
2 tyytyväinen  
3 vaikea sanoa  
4 tyytymätön  
5 erittäin tyytymätön
101. Oletteko käyttänyt maksullisia yksityisiä kotisairaanhoidopalveluja?  
0 en  
1 kyllä
102. Oletteko käyttänyt yksityissairaalapalveluita (Suomessa tai ulkomailla) viime vuosina?  
0 en  
1 kyllä

**LÄÄKÄRISSÄKÄYNNIT**

11. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yhteensä olette käynyt lääkärissä? (Kaikki lääkärissäkäynnit, myös hammaslääkäri, yksityislääkäri)

0 en ole käynyt ollenkaan

1 olen käynyt noin \_\_\_\_\_ kertaa

(Jos vastaus on en, siirry kysymykseen 13)

12. Missä tapasitte nämä lääkärit ja kuinka monta kertaa? (Vastatkaa jokaiseen kohtaan)

1 terveyskeskuksessa \_\_\_\_\_ kertaa

2 yksityislääkärin vastaanotolla \_\_\_\_\_ kertaa

3 vanhainkodissa \_\_\_\_\_ kertaa

4 sairaalan poliklinikalla \_\_\_\_\_ kertaa

5 Keljon vanhainkodin päiväosastolla \_\_\_\_\_ kertaa

6 hammaslääkäri (terveyskeskus) \_\_\_\_\_ kertaa

7 hammaslääkäri (yksityisvastaanotto) \_\_\_\_\_ kertaa

8 jossakin muualla, missä ja montako kertaa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LÄÄKÄRINHOIDON RIITTÄVYYS**

13. Onko Teillä ollut viimeisten 12 kuukauden aikana tilannetta, jolloin olisitte tarvinnut lääkärinhoitoa sairautenne, vammanne, jonkin oireen tai vaivan vuoksi, mutta ette mennyt lääkäriin?

0 ei

1 kyllä

(Jos vastaus on ei, siirrytään kysymykseen 19.)

14. Mikä on viimeisin tällainen sairaus, vamma, oire tai vaiva?

\_\_\_\_\_

15. Aiheuttiko se Teille kipuja pahimmillaan ollessaan?

1 paljon

2 jonkin verran

3 ei ollenkaan

16. Huolestuttiko se Teitä pahimmillaan ollessaan?

1 paljon

2 jonkin verran

3 ei ollenkaan

17. Haittasiko se päivittäisissä tomissanne ja tehtävissänne suoriutumista?

1 paljon

2 jonkin verran

3 ei ollenkaan

18. Miksi ette mennyt lääkäriin?

\_\_\_\_\_



## VIIMEINEN LÄÄKÄRISSÄKÄYNTI

19. Milloin viimeksi kävitte lääkärissä? \_\_\_\_\_

(Jos käynnistä enemmän kuin 5 vuotta, siirry kysymykseen 36)

20. Kun viimeksi kävitte lääkärissä, olitteko varannut vastaanottoajan etukäteen?

1 en

2 kyllä

3 aika oli annettu etukäteen

(Jos aika oli annettu etukäteen, siirry kysymykseen 25.)

21. Jos olitte varannut ajan, kuinka monen päivän kuluttua ajan varaamisesta pääsitte vastaanotolle?

\_\_\_\_\_päivän kuluttua

22. Jos olitte varannut ajan, saitteko ajan haluamallenne päivälle? (viikolle)

Ei

Kyllä

1

2

23. Pääsittekö haluamallenne lääkärille?

1

2

103. Onko Teillä joku tietty lääkäri, jonka hoidossa olette?

1

2

24. Jos olitte varannut ajan, oliko kohtelu ajanvarauksessa ystävällistä?

1

2

Määräsikö tai suositteliko lääkäri Teille jotain seuraavista?

	<u>Ei</u>	<u>Kyllä</u>
25. lääkettä	0	1
26. laboratoriotutkimuksia	0	1
27. röntgentutkimuksia	0	1
28. uutta käyntiä luonaan, soittoaikaa	0	1
29. kääntymistä sairaan- tai terveyden- hoitajan puoleen	0	1
30. kääntymistä toisen lääkärin puoleen	0	1
31. sairaalatutkimuksia tai -hoitoa	0	1
32. fysikaalista hoitoa	0	1

33. Kuinka tyytyväinen yleisesti olette viimeiseen käyntiinne lääkärissä?

1 tyytyväinen

2 en aivan tyytyväinen

3 tyytymätön

34. Mikä sairaus, vamma, oire tai vaiva oli käyntinne tärkeimpänä syynä?

---



---



---

**MIELIPITEITÄ TERVEYSPALVELUISTA**

35. Oletteko mielestänne viimeisen 12 kuukauden aikana saanut riittävästi hoitoa sairauksiinne ja oireisiinne?  
0 en ole tarvinnut hoitoa  
1 olen saanut hoitoa riittävästi  
2 olen saanut hoitoa riittämättömästi
36. Oletteko päässyt haluamallenne lääkärille?  
0 en ole tarvinnut hoitoa  
1 kyllä yleensä  
2 toisinaan  
3 en  
4 ei ole väliä
37. Pyrittekö yleensä ottamaan yhteyttä samaan lääkäriin kun tarvitsette lääkärin apua tai neuvoja?  
0 en ole tarvinnut hoitoa  
1 en  
2 kyllä
38. Jos pyritte ottamaan yhteyttä samaan lääkäriin, missä tämä lääkäri työskentelee?  
1 terveyskeskuksessa  
2 yksityisellä lääkäriasemalla  
3 työterveysasemalla  
4 sairaalan poliklinikalla  
5 jossain muualla, missä? \_\_\_\_\_
39. Oletteko viime aikoina tuntenut tarvetta turvautua asiantuntijan apuun mielenterveyttänne koskevista asioista?  
0 en  
1 joskus  
2 usein
- (Jos 39 = en, siirry kysymykseen 46.)
104. Jos olette tuntenut tarvetta turvautua asiantuntija-apuun mielenterveyttänne koskevista asioista, oletteko käyttänyt mielenterveyspalveluja?  
0 en  
1 kyllä
- (Jos 104 = kyllä, siirry kysymykseen 41.)
40. Jos olette tuntenut tarvitsevanne apua mielenterveyttänne koskevista asioista ettekä ole hakeutunut hoitoon, mikä tai mitkä seikat ovat olleet sen esteenä?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

41. Jos olette käyttänyt mielenterveyspalveluita viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana, kenen palveluja ja kuinka monta kertaa? \_\_\_\_\_  
kertaa 12 kk:n aikana
- 1 terveyskeskuslääkäri \_\_\_\_\_
  - 2 terveyskeskuspsykologi \_\_\_\_\_
  - 3 yksityislääkäri \_\_\_\_\_
  - 4 mielenterveystoimisto \_\_\_\_\_
  - 5 sairaalan poliklinikka \_\_\_\_\_
  - 6 muu, mikä? \_\_\_\_\_
- (Jos 41 = muu, siirry kysymykseen 46.)
42. Jos käytätte mielenterveystoimiston palveluja, kenen mielenterveystoimiston työntekijän kanssa mieluummin keskustelisitte?
- 0 en käytä
  - 1 lääkärin
  - 2 psykologin
  - 3 erikoissairaanhoidajan/sairaanhoitajan
  - 4 sosiaalityöntekijän
43. Jos olette käynyt mielenterveystoimistossa, miten monta kertaa viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana
- 1 lääkärin luona \_\_\_\_\_ kertaa
  - 2 psykologin luona \_\_\_\_\_ kertaa
  - 4 erikoissairaanhoidajan/sairaanhoitajan luona \_\_\_\_\_ kertaa
  - 5 sosiaalityöntekijän luona \_\_\_\_\_ kertaa
44. Oletteko käyttänyt psykiatrisia päiväsairaala/päiväryhmäpalveluja viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana?
- 0 en
  - 1 kyllä, montako kertaa? \_\_\_\_\_
45. Oletteko ollut psykiatrisessa sairaalahoidossa 12 viimeksi kuluneen kuukauden aikana?
- 0 en
  - 1 kyllä, jos kyllä, miten monta kertaa \_\_\_\_\_, montako päivää yhteensä \_\_\_\_\_
46. Jos Teillä olisi mielenterveysongelmia, kenelle kertoisitte niistä ensin?
- 1 lääkärille tai muu asiantuntijalle
  - 2 omaiselle
  - 3 ystävälle tai naapurille

Seuraavaksi siirrymme sosiaalipalveluja koskeviin kysymyksiin.

47. Kotona asuvalle eläkeläiselle on Jyväskylässä tarjolla seuraavia palveluja. Mitä niistä käytätte ja miten usein? (Jos palvelu on yksityistä, merkitse vastauksen perään Y.)

	1 päivit- tään	2 useita kertoja viikossa	3 kerran viikossa	4 harvem- min kuin kerran viikossa	0 en koskaan
1 kodinhoitoapu	_____	_____	_____	_____	_____
2 ateriapalvelu, kotiinkuljetus	_____	_____	_____	_____	_____
3 ateriapalvelu, kodin ulkopuolella	_____	_____	_____	_____	_____
4 kylvetys/ saunapalvelu	_____	_____	_____	_____	_____
5 pyykipalvelu	_____	_____	_____	_____	_____
6 kuljetuspalvelu	_____	_____	_____	_____	_____
7 puhelinlainaus	_____	_____	_____	_____	_____
8 korjausavustus	_____	_____	_____	_____	_____
9 lumenluonti	_____	_____	_____	_____	_____
10 ruohonleikkuu	_____	_____	_____	_____	_____
11 yksityinen siivouspalvelu	_____	_____	_____	_____	_____
12 turvapalvelu	_____	_____	_____	_____	_____
13 muu, mikä? _____	_____	_____	_____	_____	_____

8. Mikäli ette käytä joitakin palvelumuodoista, mikä siihen on syynä?

- 0 en tarvitse niitä  
 1 en tiennyt niiden olemassaolosta  
 2 niitä on liian vaikea saada  
 3 hinta  
 4 muu syy, mikä \_\_\_\_\_

105. a) Koetteko, että sosiaalipalvelujen hinta rajoittaa niiden käyttämistä?

- 0 en tarvitse ko. palveluja  
 1 kyllä erittäin merkittävästi  
 2 rajoittaa jonkin verran  
 3 ei rajoita

- b) Koetteko, että terveyspalvelujen hinta rajoittaa niiden käyttämistä?

- 0 en tarvitse ko. palveluja  
 1 kyllä erittäin merkittävästi  
 2 rajoittaa jonkin verran  
 3 ei rajoita

- c) Koetteko, että lääkkeiden hinta rajoittaa niiden käyttämistä?

- 0 en tarvitse lääkkeitä  
 1 kyllä erittäin merkittävästi  
 2 rajoittaa jonkin verran  
 3 ei rajoita

106. Käykö Teidän luonanne joku seuraavista henkilöistä Teitä auttamassa ja jos käy, kuinka usein?

	1 useita kertoja päiväs- sä	2 kerran päiväs- sä	3 useita kertoja viikossa	4 kerran viikossa	5 harvem- min kuin kerran viikossa	0 ei koskaan
1 omaiset	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 naapurit	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 tuttavat	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4 vapaaehtois- työntekijät	_____	_____	_____	_____	_____	_____

107. Oletteko käyttänyt Jyväskylän kaupungin tarjoamia päiväkeskuspalveluja?

0 en

1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana

49. Käykö Teidän luonanne joku seuraavista henkilöistä Teitä auttamassa ja jos käy, kuinka usein?

	1 useita kertoja päiväs- sä	2 kerran päiväs- sä	3 useita kertoja viikossa	4 kerran viikossa	5 harvem- min kuin kerran viikossa	0 ei koskaan
1 terveydenhoitaja	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2 apuhoitaja/ lähihoitaja/ perushoitaja	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3 diakonissa	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4 kotiaavustaja/ kodinhoitaja	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5 joku muu, kuka _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

50. Tarvitsitteko edellä mainittujen henkilöiden antamia palveluja tavallisen työajan ulkopuolella?

klo 16-20 0 en 1 kyllä, mitä \_\_\_\_\_

klo 20-22 0 en 1 kyllä, mitä \_\_\_\_\_

yöllä 0 en 1 kyllä, mitä \_\_\_\_\_

viikonloppuisin 0 en 1 kyllä, mitä \_\_\_\_\_

51. Oletteko käyttänyt Jyväskylän Keljonkadun vanhainkodin päiväosaston palveluja?

0 en

1 kyllä \_\_\_\_\_ kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana.

52. Oletteko ollut hoidossa vanhainkodissa?

0 en

1 kyllä

(Jos 52 = en, siirry kysymykseen 54.)

53. Jos kyllä, montako kertaa viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana?  
\_\_\_\_\_ kertaa
54. Onko ystäväpalvelu tai lähimmäispalvelu Teidän käyttämänne palvelumuoto?  
0 ei  
1 kyllä
- (Jos ei, siirry kysymykseen 57)
55. Jos luonanne käy joku ystäväpalvelusta tai lähimmäispalvelusta, miten usein hän käy?  
1 noin kerran viikossa  
2 noin kerran kahdessa viikossa  
3 noin kerran kuussa  
4 harvemmin kuin kerran kuussa
56. Miten usein toivoisitte hänen käyvän?  
0 ei toivo käytävän  
1 useita kertoja viikossa  
2 noin kerran viikossa  
3 noin kerran kahdessa viikossa  
4 noin kerran kuukaudessa  
5 harvemmin kuin kerran kuussa
57. Auttaako joku Teitä seuraavissa askareissa säännöllisesti?
- |  | 0     | 1     |                 |
|--|-------|-------|-----------------|
|  | ei    | kyllä | jos kyllä, kuka |
| 1 ruoanlaitto                                | _____ | _____ | _____           |
| 2 ostoksilla käynti                          | _____ | _____ | _____           |
| 3 pyykinpesu                                 | _____ | _____ | _____           |
| 4 siivous                                    | _____ | _____ | _____           |
| 5 asiointi pankissa,<br>postissa, apteekissa | _____ | _____ | _____           |
58. Katsotteko, että tarvitsette apua seuraavissa askareissa ja jos tarvitsette, onko saamanne apu mahdollisesti riittävä?
- |  | 1              | 2                       | 3                    | 4                            |
|--|----------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|
|  | en<br>tarvitse | apu on<br>riittä-<br>vä | osittain<br>riittävä | ei lain-<br>kaan<br>riittävä |
| 1 ruoanlaitto  | _____          | _____                   | _____                | _____                        |
| 2 ostoksilla käynti                                    | _____          | _____                   | _____                | _____                        |
| 3 pyykinpesu   | _____          | _____                   | _____                | _____                        |
| 4 siivous  | _____          | _____                   | _____                | _____                        |
| 5 asiointi pankissa,<br>postissa, aptee-<br>kissa jne. | _____          | _____                   | _____                | _____                        |

## LIITE 3: PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN

### PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIÄMINEN

#### 1. ASIOIDEN HOITAMINEN

Päiväys \_\_\_\_\_  
Haastattelija \_\_\_\_\_  
Haastateltavan numero \_\_\_\_\_

Seuraavilla kysymyksillä pyrimme selvittämään, miten selviätte asioiden hoitamisesta.

1. Pystyttekö laittamaan ruokaa vaikeuksitta?

- 1 kyllä
- 2 on vaikeuksia
- 3 en pysty laittamaan ruokaa
- 4 en osaa sanoa

Jos 1 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 1 = 3 tai 4: Pystyttekö, jos joku avustaa Teitä?

- 1 kyllä
- 2 ei

4. Pystyttekö pesemään tarvittaessa vaatteenne vaikeuksitta?

- 1 kyllä
- 2 on vaikeuksia
- 3 en pysty pesemään vaatteita
- 4 en osaa sanoa

Jos 4 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 4 = 3 tai 4: Pystyttekö, jos joku avustaa Teitä?

- 1 kyllä
- 2 ei

7. Pystyttekö liikkumaan julkisissa kulkuvälineissä vaikeuksitta?

- 1 kyllä
- 2 on vaikeuksia
- 3 en pysty liikkumaan

Jos 7 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 7 = 3: Pystyttekö, jos joku avustaa Teitä?

- 1 kyllä
- 2 ei

101. Jos Teillä on vaikeuksia julkisten kulkuvälineiden käytössä, mistä vaikeudet mielestänne johtuvat?

---

10. Pystyttkö selviämään kevyistä taloustöistä vaikeuksista (esim. astioiden pesu, lattian lakaisu, vaatteiden silytys, pölyjen pyyhkiminen jne...)?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty selviämään lainkaan

Jos 10 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 10 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei

13. Pystyttkö selviämään raskaista taloustöistä vaikeuksista (esim. suursiivous, ikkunoiden pesu, mattojen piiskaus, talon lämmitys puilla)?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty lainkaan

Jos 13 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 13 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei

16. Pystyttkö käymään kaupassa vaikeuksista?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty lainkaan

Jos 16 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 16 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa teitä?

1 kyllä  
2 ei

19. Onko Teillä puhelin?

0 ei  
1 kyllä

20. Jos Teillä on puhelin, pystyttkö käyttämään sitä vaikeuksista?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty lainkaan

Jos 20 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 20 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei

23. Pystyttkö itse hoitamaan lääkkeitenne annostelun vaikeuksista?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia (esim. dosetti)  
3 en pysty lainkaan  
4 en käytä lääkkeitä

Jos 23 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 23 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei



24. Pystyttkö itse huolehtimaan lääkkeiden ottamisesta oikeaan aikaan vaikeuksitta?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty  
4 en käytä lääkkeitä

Jos 24 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 24 = 3: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei

26. Pystyttkö hoitamaan talouteenne liittyvät asiat vaikeuksitta (pankkiasiat, veroilmoitukset, eläkeasiat)?

1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en pysty lainkaan  
4 en osaa sanoa

Jos 26 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 26 = 3 tai 4: Pystyttkö, jos joku avustaa Teitä?

1 kyllä  
2 ei

102. Jos Teillä on vaikeuksia raha- ja talousasioittenne hoitamisessa, mistä vaikeudet mielestänne johtuvat?
- 

105. Pystyttkö nostamaan rahaa pankkiautomaatista?

1 kyllä, ei vaikeuksia  
2 kyllä, mutta se tuottaa jonkin verran vaikeuksia  
3 kyllä, mutta se tuottaa suuria vaikeuksia  
4 en ilman toisen henkilön apua  
5 en  
6 ei kokemuksia, ei tietoa

106. Pystyttkö maksamaan laskuja pankkiautomaatilla?

1 kyllä, ei vaikeuksia  
2 kyllä, mutta se tuottaa jonkin verran vaikeuksia  
3 kyllä, mutta se tuottaa suuria vaikeuksia  
4 en ilman toisen henkilön apua  
5 en  
6 ei kokemuksia, ei tietoa

107. Pystyttkö käyttämään lippuautomaatteja? (esim. jonotuslippu, matkalippu, parkkilippu)

1 kyllä, ei vaikeuksia  
2 kyllä, mutta se tuottaa jonkin verran vaikeuksia  
3 kyllä, mutta se tuottaa suuria vaikeuksia  
4 en ilman toisen henkilön apua  
5 en  
6 ei kokemuksia, ei tietoa

## 2. PÄIVITTÄISET PERUSTOIMINNOT

Seuraavilla kysymyksillä pyrimme selvittämään, miten selviätte päivittäisten perusaskareiden hoitamisesta

30. Pystytkö syömään vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 pystyn mutta tarvitsen apuvälineitä
  - 5 en pysty ilman toisen henkilön apua
  - 6 en pysty autettunakaan
31. Pystytkö siirtymään vuoteesta pois ja takaisin vuoteeseen vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn suurin vaikeuksin
  - 4 pystyn apuvälineiden avulla
  - 5 en pysty ilman toisen henkilön apua
  - 6 en pysty autettunakaan
33. Pystytkö pukeutumaan vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 pystyn muutoin mutta en esim. saa nappeja kiinni
  - 5 en pysty pukeutumaan lainkaan ilman apua
  - 6 en pysty autettunakaan
34. Pystytkö peseytymään vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 en saa pestyä itseäni kokonaan tai on muita ongelmia
  - 5 en pysty peseytymään lainkaan ilman apua
  - 6 en pysty autettunakaan
36. Pystytkö liikkumaan sisällä vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 pystyn teknisten apuvälineiden avulla
  - 5 en pysty lainkaan liikkumaan ilman toisen apua
  - 6 en pysty autettunakaan
108. Pystytkö liikkumaan portaissa vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 pystyn teknisten apuvälineiden avulla
  - 5 en pysty lainkaan liikkumaan ilman toisen apua
  - 6 en pysty autettunakaan

37. Pystytttekö liikkumaan ulkona vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 tarvitsen avukseni teknisiä apuvälineitä
  - 5 tarvitsen auttajan
  - 6 en pysty autettunakaan

109. Jos Teillä on vaikeuksia ulkona liikkumisessa, mistä vaikeudet mielestänne johtuvat?

---

38. Pystytttekö leikkaamaan varpaankyntenne vaikeuksitta?
- 1 kyllä
  - 2 on vaikeuksia
  - 3 en pysty

Jos 38 = 2: Tarvitsetteko apua?

Jos 38 = 3: Pystytttekö, jos joku avustaa Teitä?

- 1 kyllä
- 2 ei

40. Onko Teillä vaikeuksia WC:ssä käynnissä?
- 1 pystyn käymään WC:ssä vaikeuksitta
  - 2 on vaikeuksia
  - 3 en pysty käymään ilman apua
  - 4 en pysty autettunakaan

43. Onko Teillä jokin seuraavista apuvälineistä ja jos on, miten käytätte niitä?

	Onko olemassa?		Miten käytätte?		
	0 ei	4 kyllä	1 jatku- vasti	2 toisi- naan	3 ei lainkaan
kuulolaite	—	—	—	—	—
lukulasit	—	—	—	—	—
kaukolasit	—	—	—	—	—
suurenuslasi	—	—	—	—	—
puhelimien numerolevyn	—	—	—	—	—
suurentaja	—	—	—	—	—
puhelinvahvistin	—	—	—	—	—
lieden päällä olemisen	—	—	—	—	—
ilmais (soitto- kello tai merkkivalo)	—	—	—	—	—
ovikellon merkkivalo	—	—	—	—	—
lukonaukaisin	—	—	—	—	—
tarttumapihdit	—	—	—	—	—
avunpyyntöjärjestelmä	—	—	—	—	—
turvapuhelin	—	—	—	—	—
keppi	—	—	—	—	—
kyynärsauvat, kainalosauvat	—	—	—	—	—
pyörätuoli	—	—	—	—	—
kävelyteline	—	—	—	—	—
jokin muu, mikä? _____	—	—	—	—	—

112. Kaipaistteko joitakin uusia apuvälineitä tai parannuksia entisiin?  
0 ei  
1 kyllä, mitä? \_\_\_\_\_
44. Kuuletteko hyvin, mitä ihmiset puhuvat tavallisella äänenvoimakkuudella, kun olette kahden kesken heidän kanssaan?  
1 kyllä  
2 on vaikeuksia  
3 en kuule
45. Kuuletteko, mitä joku ihminen Teille sanoo tavallisella äänenvoimakkuudella, kun olette keskustelemaan ihmisjoukon keskellä?  
1 kyllä, helposti  
2 on vaikeuksia  
3 en kuule
46. Näettekö lukea sanomalehtiä tai kirjoja?  
1 kyllä, helposti  
2 kyllä, silmälasilla  
3 vaikeuksia myös silmälasilla  
4 en pysty lukemaan  
5 en lue ollenkaan

Jos 46 = 3 tai 4, niin milloin näkö tai silmälasit on tarkistettu?

\_\_\_\_\_ vuotta sitten

113. Aiheuttaako heikentynyt näkö Teille vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä askareista tai liikkumisesta?
- a. vaikeuksia selviytyä jokapäiväisistä askareista  
1 kyllä  
2 ei  
3 näkö ei heikentynyt
- b. vaikeuksia liikkumiseen  
1 kyllä  
2 ei  
3 näkö ei heikentynyt

## LIITE 4: OIREKYSELY

### OIREKYSELY

PÄIVÄYS \_\_\_\_\_

HAASTATTELIJA \_\_\_\_\_

HAASTATELTAVAN NUMERO \_\_\_\_\_

TIEDUSTELEMME TÄLLÄ LOMAKKEELLA ERÄITÄ VAIVOJA, OIREITA JA TUNTEMUKSIA (MYÖS MIELIALAANNE LIITTYVIÄ), JOTKA SAATTAVAT HEIKENTÄÄ HYVINVOINTIANNE TAI TOIMINTAKYKYÄNNE. VASTATKAA KUHUNKIN KYSYMYKSEEN YMPYRÖIMÄLLÄ SE VAIHTOEHTO, JOKA MIELESTÄNNE PARHAITEN KUVAA TEIDÄN TILANNETTANNE TÄLLÄ HETKELLÄ. VALITKAA KUSTAKIN KYSYMYKSESTÄ VAIN YKSI VAIHTOEHTO, ÄLKÄÄKÄ JÄTTÄKÖ YHTÄÄN KYSYMYSTÄ VÄLIIN. YHDESSÄ KYSYMYKSESSÄ JOUDUTTE KIRJOITTAMAAN VASTAUKSENNE.

1. ONKO TEIDÄN ELÄMÄSSÄNNE TAPAHTUNUT OLEELLISIA MUUTOKSIA (ESIM. LÄHEISEN KUOLEMA TAI VAKAVA SAIRASTUMINEN, AVIOERO, ELÄKKEELLEJÄÄNTI, PAIKKAKUNNAN, TYÖN TAI TALOUDELLISEN TILANTEEN MUUTOS TAI MUUTA) VIIMEISTEN KAHDEN VUODEN AIKANA?

1 EI

2 KYLLÄ

2. MINKÄLAISIA MUUTOKSIA

---

---

---

---

---

## 3. MINKÄLAINEN TEIDÄN MIELIALANNE ON?

- 1 MIELIALANI ON MELKO VALOISA JA HYVÄ
- 2 EN OLE ALAKULONINEN TAI SURULLINEN
- 3 TUNNEN ITSENI ALAKULOISEKSI JA SURULLISEKSI
- 4 OLEN ALAKULONINEN JATKUVASTI ENKÄ PÄÄSE SIITÄ
- 5 OLEN NIIN MASENTUNUT JA ALAVIREINEN, ETTEN KESTÄ ENÄÄ

## 4. MITEN SUHTAUDUTTE TULEVAISUUTEENNE?

- 1 SUHTAUDUN TULEVAISUUTEENI TOIVEIKKAASTI
- 2 EN SUHTAUDU TULEVAISUUTEEN TOIVOTTOMASTI
- 3 TULEVAISUUS TUNTUU MINUSTA MELKO MASENTAVALTA
- 4 MINUSTA TUNTUU, ETTEI MINULLA OLE TULEVAISUUDELTÄ MITÄÄN ODOTETTAVAA
- 5 TULEVAISUUS TUNTUU MINUSTA TOIVOTTOMALTA, ENKÄ JAKSA USKOA, ETTÄ ASIAT MUUTTUISIVAT PAREMPAAN PÄIN

## 5. MITEN KATSOTTE ELÄMÄNNE SUJUNEEN?

- 1 OLEN ELÄMÄSSÄNI ONNISTUNUT HUOMATTAVAN USEIN
- 2 EN TUNNE EPÄONNISTUNEENI ELÄMÄSSÄNI
- 3 MINUSTA TUNTUU, ETTÄ OLEN EPÄONNISTUNUT PYRKIMYKSISSÄNI TAVALLISTA USEAMMIN
- 4 ELÄMÄNI ON TÄHÄN SAAKKA OLLUT VAIN SARJA EPÄONNISTUMISIA
- 5 TUNNEN EPÄONNISTUNEENI TÄYDELLISESTI IHMISENÄ

## 6. MITEN TYYTYVÄISEKSI TAI TYYTYMÄTTÖMÄKSI TUNNETTE ITSENNE?

- 1 OLEN VARSIN TYYTYVÄINEN ELÄMÄÄNI
- 2 EN OLE ERITYISEN TYYTYMÄTÖN
- 3 EN NAUTI ASIOISTA SAMALLA TAVALLA KUIN ENNEN
- 4 MINUSTA TUNTUU, ETTEN SAA ENÄÄ TYYDYTYSTÄ JUURI MISTÄÄN
- 5 OLEN TÄYSIN TYYTYMÄTÖN KAIKKEEN

## 7. MINKÄLAISENA PIDÄTTE ITSEÄNNE?

- 1 TUNNEN ITSENI MELKO HYVÄKSI
- 2 EN TUNNE ITSEÄNI ERITYISEMMIN SYYLLISEKSI  
MIHINKÄÄN
- 3 TUNNEN ITSENI HUONOKSI JA ARVOTTOMAKSI  
MELKO USEIN
- 4 NYKYÄÄN TUNNEN ITSENI ARVOTTOMAKSI MELKEIN  
AINA
- 5 OLEN KERTA KAIKKIAAN ARVOTON JA HUONO

## 8. ONKO TEILLÄ PETTYMYKSEN TUNTEITA?

- 1 OLEN TYYTYVÄINEN ITSEENI JA SUORITUKSIINI
- 2 EN OLE PETTYNYT ITSENI SUHTEEN
- 3 OLEN PETTYNYT ITSENI SUHTEEN
- 4 MINUA INHOTTAO OMA ITSENI
- 5 VIHAAN ITSEÄNI

9. ONKO TEILLÄ ITSENNE VAHINGOITTAMISEEN LIITTYVIÄ AJATUKSIA?

- 1 MINULLA EI OLE KOSKAAN OLLUT ITSEMURHA-AJATUKSIA
- 2 EN AJATTELE ENKÄ HALUA VAHINGOITTAA ITSEÄNI
- 3 MINUSTA TUNTUU, ETTÄ OLISI PAREMPI, JOS OLISIN KUOLLUT
- 4 MINULLA ON TARKAT SUUNNITELMAT ITSEMURHASTA
- 5 TEKISIN ITSEMURHAN JOS SIIHEN OLISI MAHDOLLISUUS

10. MITEN SUHTAUDUTTE VIERAITTEN IHMISTEN TAPAAMISEEN?

- 1 PIDÄN IHMISTEN TAPAAMISESTA JA JUTTELEMISESTA
- 2 EN OLE MENETTÄNYT KIINNOSTUSTANI MUIHIN IHMISIIN
- 3 TOISET IHMISET EIVÄT ENÄÄ KIINNOSTA MINUA NIIN PALJON KUIN ENNEN
- 4 OLEN MELKEIN KOKONAAN MENETTÄNYT MIELENKIINTONI SEKÄ TUNTEENI TOISIA IHMISIÄ KOHTAAN
- 5 OLEN MENETTÄNYT MIELENKIINTONI MUIHIN IHMISIIN, ENKÄ VÄLITÄ HEISTÄ LAINKAAN

11. MITEN KOETTE PÄÄTÖSTEN TEKEMISEN?

- 1 ERILAISTEN PÄÄTÖSTEN TEKEMINEN ON MINULLE HELPPOA
- 2 PYSTYN TEKEMÄÄN PÄÄTÖKSIÄ SAMOIN KUIN ENNENKIN
- 3 VARMUUTENI ON VÄHENTYNYT JA YRITÄN LYKÄTÄ PÄÄTÖSTEN TEKOA
- 4 MINULLA ON SUURIA VAIKEUKSIA PÄÄTÖSTEN TEOSSA
- 5 EN PYSTY ENÄÄ LAINKAAN TEKEMÄÄN RATKAISUJA JA PÄÄTÖKSIÄ



## 12. MINKÄLAISENA PIDÄTTE OLEMUSTANNE JA ULKONÄKÖÄNNE?

- 1 OLEN MELKO TYYTYVÄINEN ULKONÄKÖÖNI JA  
OLEMUKSEENI
- 2 LUULEN, ETTÄ ULKONÄKÖNI EI OLE KUMMEMMIN MUUTTUNUT
- 3 OLEN HUOLISSANI SIITÄ, ETTÄ NÄYTÄN EPÄMIELLYTTÄVÄLTÄ
- 4 MINUSTA TUNTUU, ETTÄ ULKONÄKÖNI ON MUUTTUNUT PYSYVÄSTI JA  
NÄYTÄN RUMALTA
- 5 OLEN VARMA, ETTÄ NÄYTÄN RUMALTA JA VASTENMIELISELTÄ

## 13. MINKÄLAISTA TEIDÄN NUKKUMISENNE ON?

- 1 MINULLA EI OLE NUKKUMISESSA MINKÄÄNLAISIA VAIKEUKSIA
- 2 NUKUN YHTÄ HYVIN KUIN ENNENKIN
- 3 HERÄTESSÄNI AAMUISIN OLEN PALJON VÄSYNEEMPI KUIN ENNEN
- 4 MINUA HAITTAA UNETTOMUUS
- 5 KÄRSIN UNETTOMUUDESTA, NUKAHTAMISVAIKEUKSISTA  
JA LIIAN AIKAISIN KESKEN UNIEN HERÄÄMISISTÄ

## 14. TUNNETTEKO VÄSYMYSTÄ JA UUPUMUSTA?

- 1 VÄSYMINEN ON MINULLE LÄHES TÄYSIN VIERASTA
- 2 EN VÄSY HELPOMMIN KUIN TAVALLISESTIKAAN
- 3 VÄSYN NOPEAMMIN KUIN ENNEN
- 4 VÄHÄINENKIN TYÖ VÄSYTTÄÄ JA UUVUTTAA MINUA
- 5 OLEN LIIAN VÄSYNYT TEHDÄKSENI MITÄÄN

## 15. MINKÄLAINEN RUOKAHALUNNE ON?

- 1 RUOKAHALUSSANI EI OLE MITÄÄN HANKALUUKSIA
- 2 RUOKAHALUNI ON ENNALLAAN
- 3 RUOKAHALUNI ON HUONOMPI KUIN ENNEN
- 4 RUOKAHALUNI ON NYT PALJON HUONOMPI KUIN ENNEN
- 5 MINULLA EI OLE ENÄÄ LAINKAAN RUOKAHALUA

## 16. OLETTEKO AHDISTUNUT TAI JÄNNITTYNYT?

- 1 PIDÄN ITSEÄNI MELKO HYVÄHERMOISENA ENKÄ AHDISTU KOVINKAAN  
HELPOSTI
- 2 EN TUNNE ITSEÄNI AHDISTUNEEKSI TAI  
"HUONOHERMOISEKSI"
- 3 AHDISTUN JA JÄNNITYN MELKO HELPOSTI
- 4 TULEN ERITYISEN HELPOSTI TUSKAISEKSI, AHDISTUNEEKSI TAI  
JÄNNITTYNEEKSI
- 5 TUNNEN ITSENI JATKUVASTI AHDISTUNEEKSI JA TUSKAISEKSI KUIN  
HERMONI OLISIVAT "LOPPUUN KULUNEET"

## LIITE 5: TUNTEITA JA TUNTEMUKSIA ELÄMÄSTÄ

### TUNTEITA JA TUNTEMUKSIA ELÄMÄSTÄ

Tässä on joukko kysymyksiä erilaisista tavanomaiseen elämään liittyvistä asioista. Jokaiseen kysymykseen on seitsemän vastausvaihtoehtoa. Rengastakaa se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemustanne kussakin asiassa, numeroiden 1 ja 7 ollessa vastakkaisia ääripäitä. Jos numeron 1 vieressä olevat sanat tuntuvat oikeilta Teidän kohdallanne, rengastakaa 1; jos numeron 7 vieressä olevat sanat tuntuvat oikeilta, rengastakaa 7. Jos kumpikaan näistä ei tunnu oikealta vaihtoehdolta, rengastakaa se numero, joka parhaiten kuvastaa Teidän tuntemustanne. Valitkaa ja rengastakaa vain yksi vastausvaihtoehto kussakin kysymyksessä.

1. Onko Teillä sellainen tunne, ettette oikeastaan välitä, mitä ympärillänne tapahtuu?

hyvin harvoin tai ei koskaan	1	2	3	4	5	6	7	hyvin usein
---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------

2. Oletteko ollut yllättynyt sellaisten henkilöiden käyttäytymisestä, jotka olette uskonut tuntevanne hyvin?

en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	jatkuvasti
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

3. Oletteko pettynyt ihmisiin, joihin luotitte?

en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	jatkuvasti
------------	---	---	---	---	---	---	---	------------

4. Millainen on tähänastinen elämänne ollut?

täysin vailla selviä päämääriä ja tarkoitusta	1	2	3	4	5	6	7	päämäärät ja tarkoitukset ovat olleet täysin selvät
---	---	---	---	---	---	---	---	---

5. Onko Teillä tunne, että Teitä kohdellaan epäoikeudenmukaisesti?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

6. Onko Teillä tunne, että olette oudossa tilanteessa ettekä tiedä mitä tehdä?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

7. Päivittäisten tehtävienne hoitaminen on

suuren mieli- hyvän ja tyytytyksen lähde	1	2	3	4	5	6	7	tuskallista ja ikävää
--	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

## 8. Onko Teillä hyvin sekavia tunteita ja ajatuksia?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

## 9. Onko Teillä sisimmässänne tunteita, joita ette haluaisi tuntea?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

## 10. Monet ihmiset - jopa lujaluonteiset - tuntevat toisinaan itsensä surkeaksi tietyissä tilanteissa. Kuinka usein Te olette tuntenut tällä tavalla?

en koskaan	1	2	3	4	5	6	7	hyvin usein
------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------

## 11. Kun jotain on tapahtunut, oletteko yleensä huomannut, että

yliarvioitte tai aliarvioitte asian tärkeyden	1	2	3	4	5	6	7	näitte asiat oikeassa mittakaavassa
---	---	---	---	---	---	---	---	---

## 12. Kuinka usein Teillä on tunne, että päivittäiset tekemisenne ovat jokseenkin merkityksettömiä?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

## 13. Kuinka usein Teistä tuntuu, ettette ole varma pystyttekö hillitsemään itsenne?

hyvin usein	1	2	3	4	5	6	7	hyvin harvoin tai ei koskaan
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---------------------------------

## LIITE 6: KATOANALYYSI

### KATOANALYYSI

Havaintotunnus \_\_\_\_\_

Suostumus saatu puhelimitse: \_\_\_\_\_ 1 kyllä 2 ei

Päivämäärä: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2004 kelloaika: \_\_\_\_\_

Haastattelijoille tiedoksi:

Niiltä koehenkilöiltä, jotka kieltäytyvät haastattelusta,  
pyritään kysymään katoanalyysiä varten seuraavat kysymykset:

Haastateltavan tarkka osoite \_\_\_\_\_

1. Sukupuoli  
(I:1)
  - 1 mies
  - 2 nainen
  
2. Oletteko naimaton, naimisissa, avoliitossa, leski vai eronnut?  
(I:2)
  - 1 naimaton
  - 2 naimisissa
  - 3 avoliitossa
  - 4 leski
  - 5 eronnut
  
3. Mikä on pääasiallinen asumismuotonne?  
(I:210)
  - 1 tavallisessa yksityisasunnossa itsenäisesti (ilman virallista apua)
  - 2 vanhustentalossa itsenäisesti (ilman virallista apua)
  - 3 tavallisessa yksityisasunnossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin
  - 4 vanhustentalossa kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin
  - 5 pienkoti/palvelukoti/palvelutalo
  - 6 vanhainkoti
  - 7 sairaala
  - 8 muu, mikä? \_\_\_\_\_
  
4. Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?  
(I:35)
  - 1 erittäin hyvä
  - 2 hyvä
  - 3 keskinkertainen
  - 4 huono
  - 5 erittäin huono
  
6. Onko terveydentilanne viimeksi kuluneen vuoden aikana  
(I:37)
  - 1 huonontunut
  - 2 pysynyt suunnilleen ennallaan
  - 3 parantunut
  
8. Onko toimintakykynne tai kuntonne yleisesti tällä hetkellä mielestänne?  
(I:65)
  - 1 erittäin hyvä
  - 2 hyvä
  - 3 keskinkertainen
  - 4 huono
  - 5 erittäin huono

10. Pystyttkö liikkumaan ulkona vaikeuksista?  
(III:37)
- 1 kyllä
  - 2 pystyn mutta hitaasti
  - 3 pystyn mutta väsyn
  - 4 tarvitsen avukseni teknisiä apuvälineitä
  - 5 tarvitsen auttajan
  - 6 en pysty autettunakaan
11. Kuuletteko hyvin, mitkä ihmiset puhuvat tavallisella  
(III:44) äänenvoimakkuudella, kun olette kahden kesken heidän kanssaan?
- 1 kyllä
  - 2 on vaikeuksia
  - 3 en kuule
12. Näettekö lukea sanomalehtiä tai kirjoja?  
(III:46)
- 1 kyllä, helposti
  - 2 kyllä, silmälaseilla
  - 3 vaikeuksia myös silmälaseilla
  - 4 en pysty lukemaan
  - 5 en lue ollenkaan

Jos 46 = 3 tai 4, niin milloin näkö tai silmälasit on tarkistettu?

\_\_\_\_\_ vuotta sitten

- LH152. Mikä seuraavista kuvauksista vastaa parhaiten nykyistä liikunnanharrastustanne?
1. en liiku sen enempää kuin välttämättä on tarpeen päivittäisistä toiminnoista selviämiseksi
  2. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua 1-2 kertaa viikossa
  3. harrastan kevyttä kävelyä ja ulkoilua useita kertoja viikossa
  4. harrastan 1-2 kertaa viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
  5. harrastan useita kertoja viikossa sellaista liikuntaa, joka aiheuttaa jonkin verran hengästymistä ja hikoilua
  6. harrastan kuntoliikuntaa useita kertoja viikossa siten, että hikoilen ja hengästyn melko voimakkaasti liikunnan aikana
  7. harrastan kilpaurheilua ja pidän yllä kuntoani säännöllisten harjoitusten avulla

**14. HAASTATTELU TEHTY****(I:263)**

- 1 Kotona
- 2 Palvelutalossa
- 3 Vanhainkodissa
- 4 Sairaalassa
- 5 Muualla, missä? \_\_\_\_\_

**15. HAASTATTELUN SUORITUSTAPA****(I:264)**

- 1 Haasteltu tutkittavaa
- 2 Haasteltu tutkittavaa hieman avustettuna (enintään noin 10 kysymystä)
- 3 Haasteltu tutkittavaa huomattavasti avustettuna (> 10 kysymystä)
- 4 Sijaishaastattelu, tiedot omaiselta/läheiseltä
- 5 Sijaishaastattelu, tiedot hoitohenkilökunnalta
- 6 Haastattelu keskeytynyt
- 7 Tutkittava kieltäytyi kokonaan, ei katotietoja
- 8 Tutkittavaa ei tavoitettu
- 9 Tutkittava kuollut

**16. KATOTIEDOT****(I:265)**

- 1 Tutkittavalta
- 2 Sijaishaastateltavalta

**MINKÄ TAKIA ETTE HALUA OSALLISTUA TÄHÄN TUTKIMUKSEEN?**

- 1 huono terveydentila
  - 2 en ole kiinnostunut/en halua
  - 3 en ehdi/vie liikaa aikaa
  - 4 sairaalassa
  - 5 ei muuten jaksa
  - 6 Muu syy
- Mikä? \_\_\_\_\_

## **VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET**

- 82 Liukko J.** Hyvinvoinnin eetos ja henkivakuutus. Riskin, vastuun ja solidaarisuuden muodonmuutokset. 2005. ISBN 951-669-678-3 (nid.), 951-669-679-1 (pdf).
- 81 Linnala A.** Private specialists as consultants to general practitioners. 2005. ISBN 951-669-669-4.
- 80 Savioja H.** Suuret ikäluokat keski-iässä – työssä vain eläkkeelle? 2005. ISBN 951-669-667-8.
- 79 Haapola I.** Köyhyyden kynnyksellä. Toimeentulotuen dynamiikka 1990-luvun Suomessa. 2004. ISBN 951-669-648-1.
- 78 Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U.** Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. 2004. ISBN 951-669-642-2.
- 77 Knekt P, Lindfors O, eds.** A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. 2004. ISBN 951-669-639-2.
- 76 Ek E, Saari E, Viinamäki L, Sovio U, Järvelin M-L.** Nuorten aikuisten työelämästä syrjäytyminen ja sosiaaliturvan käyttö. 2004. ISBN 951-669-637-6.
- 75 Kapanen M.** Hyvä kehä. Työyhteisön menestyminen Kelan paikallishallinnossa. 2004. ISBN 951-669-635-X.
- 74 Hagfors R.** Essays on the structure of social protection financing. 2004. ISBN 951-669-633-3.
- 73 Ruoppila I, Poutanen V-M, Laurinkari J, Vesala H.** Kelan etuudet kehitysvammaisille henkilöille 1962–1998. 2003. ISBN 951-669-631-7.
- 72 Kangas O, toim.** Laman varjo ja nousun huumaa. 2003. ISBN 951-669-627-9.
- 71 Mäensivu V.** Ikääntyvien viestintävalmiudet ja digitaalinen epätasa-arvo. 2002. ISBN 951-669-610-4.
- 70 Lassila J, Rantala O, Valkonen T.** Varallisuus, verotus ja väestön ikääntyminen. 2002. ISBN 951-669-607-4.



## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN KATSAUKSET

- 72 Hagfors R, Saari J.** Social policy in the Economic and Monetary Union. Social expenditures and public indebtedness in 15 EU countries. 2006. ISBN 951-669-721-6 (nid.), 951-669-722-4 (pdf).
- 71 Hagfors R, Saari J.** Sosiaalipolitiikka talous ja rahaliitossa – Sosiaalimenot ja julkinen velkaantuminen 15 EU-maassa. 2006. ISBN 951-669-690-2 (nid.), 951-669-691-0 (pdf).
- 70 Nikkanen P.** Oon vahvempi kuin ennen. Pitkään työelämässä olleiden kuntoutumistarinat. 2006. ISBN 951-669-687-2 (nid.), 951-669-688-0 (pdf).
- 69 Rajavaara M.** Yhteiskuntaan vaikuttava Kela. Katsaus vaikuttavuuden käsitteisiin ja arviointiin. 2006. ISBN 951-669-685-6 (nid.), 951-669-686-4 (pdf).
- 68 Ahonen R, Martikainen J, toim.** Lääkevaihdon ensimmäinen vuosi. 2005. ISBN 951-669-671-6 (nid.), 951-669-675-9 (pdf).
- 67 Mattila Y, toim.** Yhdistelemällä parempaan palveluun. JATKE-hankkeen loppuraportti. 2005. ISBN 951-669-666-X.
- 66 Järvisalo J, Andersson B, Boedeker W, Houtman I, eds.** Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. 2005. ISBN 951-669-658-9.
- 65 Berndtson T.** Opiskelijatutkimus 2003. Opiskelijoiden toimeentulo ja toimeentulon ongelmat. 2004. ISBN 951-669-655-4.
- 64 Mattila Henri.** Neuvontavollisuus Kelan asiakaspalvelussa. 2004. ISBN 951-669-646-5.
- 63 Kunttu K, toim.** Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. 2004. ISBN 951-669-645-7.
- 62 Jokelainen M.** Eläkejärjestelmien muutoksista Alankomaissa, Isossa-Britanniassa, Ruotsissa, Suomessa ja Tanskassa. 2004. ISBN 951-669-644-9.
- 61 Linnossuo O.** Syrjäytymisestä selviytymiseen? Arviointitutkimus työttömien nuorten palveluohjauksesta. 2004. ISBN 951-669-640-6.
- 60 Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T, Grönlund R, Puukka P, Saarikallio M, Salmelainen U, Vaara M.** Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. 2004. ISBN 951-669-636-8.